
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



VII CURSO DE MESTRADO EM GESTÃO DE SAÚDE

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

CO-CRIAÇÃO DE VALOR DO CONSUMIDOR:

IMPACTO NA FIDELIZAÇÃO DO PACIENTE AO MÉDICO

Relatório do Trabalho de Projeto de Candidatura ao Grau de Mestre em Gestão de Saúde na
Especialização de Gestão das Organizações de Saúde

MAFALDA VEIGA E MOURA

DOCENTE ORIENTADOR: PAULO K. MOREIRA

- Lisboa, 22 de julho de 2013 –

“Dans la vie il n’ya pas de solutions.

Il y a des forces en marche: il faut les créer et les solutions suivent”

(Antoine de Saint- Exupéry)

Agradecimentos

Quando se chega ao final de uma etapa tão importante como a que me deparo, existe sempre a tendência de realizar uma retrospectiva pelo caminho percorrido. E não posso deixar de sentir uma imensa gratidão às pessoas que me ajudaram a chegar onde eu estou hoje. Que me tornaram o que sou hoje.

À Escola Nacional de Saúde Pública e a todos os elementos que tornam desta Instituição uma “Casa” de Sabedoria, Inovação e Aprendizagem. Um muito obrigada por me terem acolhido tão amavelmente ao longo destes dois anos e por partilharem conhecimentos e valores que levarei sempre comigo.

À Professora Céu Mateus, por quem tenho uma grande admiração, agradeço todo o apoio e atenção demonstrada desde o início.

Ao meu Orientador do projeto de Investigação, o Professor Paulo K. Moreira, por toda a disponibilidade, interesse e conhecimento provido.

À Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, em especial ao Professor Dr. Luís Gardete Correia, pelo seu papel de facilitador na fase de recolhimento dos dados da Investigação. Agradeço a oportunidade de ter trabalhado com uma Instituição exemplar de uma gestão em saúde eficiente.

Às minhas colegas de curso Ana, Filipa e Paula, obrigada pela paciência, apoio e amizade sempre presente.

À minha família, especialmente ao meu Pai, Irmã e Tia Clara, exemplos de que o esforço e a dedicação compensam, obrigada pelo apoio incondicional.

Aos meus amigos, por todos os momentos que não pudemos estar juntos.

À minha Mãe, por tudo, mas especialmente por me fazer acreditar em mim própria.

Resumo

Confrontados por uma procura mais ativa e exigente e pressionados por uma maior restrição orçamental, os prestadores de saúde têm vindo a reconhecer o Marketing de Fidelização como uma solução sustentável para o seu sucesso financeiro. Assim, a autora explora como se desenvolve a cocriação de valor do consumidor no setor de saúde, nomeadamente, as interações, os atores e as atividades envolvidas na gestão e tratamento da doença. O projeto de investigação foca-se particularmente na cocriação de valor entre o médico regular e o paciente.

Foi realizada uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa. Os dados recolhidos na APDP, a uma amostra de 16 pacientes diabéticos através da técnica de entrevistas aprofundadas, revelaram que os estilos práticos de criação de valor do consumidor (CVCPS) desenvolvido por McColl-Kennedy *et al.* (2012) adequam-se às características desta doença.

Os resultados do estudo sustentam que os pacientes com estilos práticos de cocriação de valor do consumidor “Parceria” e “Gestor de equipa” tendem a estar associados a um nível de fidelização elevado, pelo que se sugere que estes estilos sejam encorajados pelos prestadores. Em contraste, o Estilo de cocriação “Colaboração Passiva” está potencialmente associado a níveis de fidelização reduzidos, o que também sugere que a participação do paciente no seu relacionamento com o médico possa ser um fator potenciador da sua fidelização.

O presente projeto de Investigação pretende ser um contributo teórico para investigação futura na área da cocriação e fidelização, com uma aplicação empírica que contribui para uma maior extensividade dos benefícios da cocriação de valor do consumidor para a Gestão em Saúde.

Palavras-chave: *Cocriação de Valor do Consumidor; Cocriação de Valor em Saúde; Fidelização ; Marketing em Saúde ; Marketing de Relacionamento; Gestão em Saúde*

Abstract

Healthcare systems are under request for further accountability, as patients are becoming increasingly active in their healthcare choices and the industry struggles with severe budget constraints. Facing this combination of factors, healthcare managers have been resorting to techniques of loyalty marketing to attain a sustainable alternatives and solutions for their long-term success.

This thesis explores how the costumer's cocreation of value can be developed in the healthcare setor by identifying and exploring the activities, interactions and actors involved in the management of the patient's health care pathways and processes. This research is primarily focused on dimensions of cocreation of value between the physician and the patient.

An explorative research applying qualitative methodology has been conducted. Using the technique of in-depth interviews, the data was collected in the National Association to Protect Diabetes Patients (APDP). A population of 16 patients with diabetes mellitus were interviewed. Results revealed that the Costumer Value Cocreation Practice Styles (CVCPS) from McColl-Kennedy *et al.*(2012) fit to the characteristics of this chronic disease.

The results sustain that patients with CVCPS styles "Partner" and "Team Management" tend to be associated with high levels of loyalty, suggesting that physicians should encourage these styles of cocreation to their patients. On the other hand, this research suggests that the CVCP style "Passive Compliance" tend to be associated to low levels of loyalty, which also suggests that effective patient's participation may be considered a predictor of loyalty.

This research project is a theoretical contribution for further investigation in the field of cocreation of value and Loyalty, as well as an empiric contribution to broaden the practical understanding of the benefits associated with Customer cocreation of value in Healthcare amongst managers.

Keywords: *Costumer cocreation of value ;Cocreation of Value in Healthcare; Service Loyalty ; Marketing in Healthcare; Relationship Marketing; Healthcare Management*

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Abstract	iii
Índice de Quadros.....	vi
Índice de Tabelas.....	vi
Lista de Abreviaturas	vi
CAPÍTULO I - Introdução	1
<hr/>	
Introdução	1
Enquadramento do tema na literatura do marketing	2
Questões de investigação	4
Objetivos da Investigação	5
Metodologia da Investigação	5
Estrutura da dissertação	6
<hr/>	
CAPÍTULO II - Metodologia.....	8
<hr/>	
Metodologia da revisão de literatura	8
Metodologia Empírica	8
<hr/>	
Paradigma e Tipo de estudo.....	8
População alvo, Amostra, Processo Utilizado para a sua Seleção	10
Variáveis em estudo	11
Pré-teste	12
Recolha dos dados	12
Análise de conteúdo	13
Considerações Éticas	14
<hr/>	
CAPÍTULO III - Enquadramento teórico	15
<hr/>	
Fidelização	15
<hr/>	
Fidelização do cliente.....	15
Fidelização no setor de serviços.....	17
Antecedentes da Fidelização.....	20
Modelos de fidelização.....	26
Benefícios resultantes da fidelização	30
Fidelização no setor da Saúde.....	35
Importância da participação do paciente para a fidelização e seus antecedentes.....	38
Cocriação	40
<hr/>	

Introdução à lógica do serviço dominante do Marketing e os seus princípios	40
Definição de Cocriação	50
Benefícios da cocriação	52
Cocriação de valor na setor da saúde.....	53
Resumo da Revisão de Literatura	56
CAPITULO IV - Apresentação de Resultados	58
CAPÍTULO V - Discussão.....	73
CAPÍTULO V I – Conclusão	78
Bibliografia.....	80
Apêndices	97

Índice de Quadros

Quadro 1-Quadro adaptado dos resultados do estudo de Bordeau (2005): Antecedentes e consequências das fases de fidelização de Olivier(1999)	28
Quadro 2-Termos associados ao conceito de cocriação referenciados pela literatura	51
Quadro 3 - Quadro resumo de cruzamento entre os Estilos de cocriação de valor e a Fidelização ao prestador.....	70
Quadro 4 –Questões do Guião de entrevista categorizadas	100
Quadro 5 - Quadro de referência de evolução do conceito de cocriação de valor	102

Índice de Tabelas

Tabela 1 –Tabela de descrição de dados da realização da Entrevista.....	Apêndice A
Tabela 2 - Tabela de Frequência da análise de conteúdo.....	Apêndice C
Tabela 3 - Tabela de associação do estilo de cocriação de valor e a fidelização atitudinal e comportamental de cada entrevistado	Apêndice D

Lista de Abreviaturas

APDP- Associação Portuguesa dos Diabéticos de Portugal

CVCPS – Customer Value Cocreation Practice style

ECSI – European Customer Satisfaction Index

ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública

Lógica S-D – Lógica *Service- Dominant* (Dominante do serviço)

UN L – Universidade Nova de Lisboa

CAPÍTULO I - Introdução

Introdução

No âmbito do VII Curso de Mestrado de Gestão de Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, foi proposta a realização de um projeto de investigação científica em Gestão da Saúde. Tendo a aluna conhecimentos anteriores na área da Gestão, e interessando-lhe a concorrência entre mercados por uma vantagem competitiva que beneficie tanto o prestador como o utilizador, a autora decidiu envergar pelo tema de marketing do relacionamento no setor de saúde. Este tema embora muito explorado na literatura é um tema pouco estudado no setor da saúde, e maioritariamente em Portugal devido às características do setor.

O tema da investigação surgiu por a autora se questionar relativamente à importância do fator humano no processo de escolha dos prestadores pelos paciente, que por vezes os faz optar sobre fatores mais racionais, como o preço, proximidade e qualidade clínica. Neste sentido, a autora começou a questionar se existia um tipo de relação com o prestador que pudesse levar a maiores benefícios de marketing, como a fidelização. Assim surgiram as perguntas de partida:

Pacientes que apresentam um papel ativo na gestão e controlo do tratamento da sua doença apresentam também uma maior fidelização ao seu prestador, por este lhes possibilitar uma relação colaborativa e de participação? Ou por sua vez o facto de terem capacitação para controlar a sua doença praticamente autonomamente os faz não ter preferência por nenhum prestador? O mesmo se pode perguntar numa relação entre paciente e médico mais paternalista. Será o paciente que não está no controlo da gestão da sua doença, e por depender dos médicos para isso, o mais propenso a ser “fiel” ao seu médico?

Sabe-se hoje que uma das tendências no setor de saúde é a capacitação do paciente na gestão e controlo da sua saúde, associados a benefícios de melhor qualidade de vida e portanto a menores gastos de recursos em cuidados de saúde (The Economist Intelligence Unit., 2011). Mas em relação aos resultados de marketing, a exploração deste assunto ainda se encontra em fase embrionária.

Deste modo, o tema de estudo impulsionou a autora a realizar uma investigação para compreender a relação entre o comportamento do paciente na relação com o médico e o seu comportamento de fidelização. O interesse pela cocriação surgiu após uma pesquisa sob o marketing do relacionamento entre o prestador e o consumidor. A literatura sustenta que a criação de valor é atualmente realizada sob a forma de constelação, onde o valor criado depende da gestão das interações entre os diferentes agentes económicos, onde está incluído o consumidor (Normann & Ramírez, 1993). Desta maneira o valor não é criado por um agente económico, mas cocriado entre vários (Vargo & Lusch, 2004). Um artigo originou um particular impacto na autora, nomeadamente, por identificar vários estilos de cocriação de valor em saúde e relaciona-los com a qualidade de vida dos inquiridos, todos pacientes de

cancro (McColl-kennedy *et al.*, 2012). Neste estudo, foi demonstrado que relacionamentos de cocriação com o médico onde o paciente apresenta um comportamento ativo na gestão e controlo da doença estão associados a uma melhor qualidade de vida.

Dito isto, pretende-se extrapolar o estudo supracitado para a realidade portuguesa, no contexto dos pacientes com *diabetes mellitus*. Ao adaptar este estudo para o conceito de fidelização, nomeadamente ao relacionar os estilos de cocriação de valor do paciente com os resultados de marketing, a autora acredita que consegue ver as suas questões de investigação respondidas.

Ao identificar padrões de comportamentos e atitudes dos pacientes, este estudo permitirá aos prestadores compreender qual o tipo de relacionamento desejado pelo paciente, quais os pacientes que interessa ter por apresentarem níveis superiores de fidelização e quais os fatores associados a esse estilo para a sua fidelização.

Enquadramento do tema na literatura do marketing

Atualmente, o setor dos serviços representa cerca de 70% da economia total do mundo industrializado (Mortazavi *et al.*, 2009). Existem vários fatores que justificam o aumento considerável de empresas na indústria dos serviços: a mudança na era industrial, nomeadamente dos horários e salários laborais, possibilitou mais tempo livre para os indivíduos envolverem-se em atividades de lazer, bem como incentivou os indivíduos a contratar serviços para executar o que antes eram as suas tarefas diárias, como cozinhar, limpar e outras atividades domésticas; a inovação tecnológica também teve a sua quota de responsabilização por esse aumento, uma vez que um maior consumo de tecnologias em casa exige instalação e manutenção de serviços especializados. O consumismo e complexidade de mercado levou a que as empresas contratassem em *outsourcing* serviços especializados em determinadas áreas (marketing, consultoria, contabilidade) para que pudessem focar-se apenas no seu *cuore business*; existem vários tipos de indústrias de serviços, que poderão estar encarregues pelo setor governamental ou pelo setor privado; o setor privado, enquanto apenas detinha serviços que o Estado não fornecia, assume hoje também uma posição de concorrência (Kotler & Armstrong, 2000). Sumariando: a expansão do setor dos serviços evidenciou problemas específicos que necessitaram de soluções que o marketing tradicional não conseguiria satisfazer. Surge assim o Marketing dos serviços (Kotler & Armstrong, 2000).

Ao longo do tempo, o Marketing evoluiu de uma estratégia direcionada para o mercado e para massas, com o objetivo de conquistar o máximo de consumidores possíveis, para um marketing segmentado, chegando mesmo ao marketing individual i.e., personalizado ao consumidor e com o intuito de reter os consumidores já adquiridos. (Berry, 1995)

Observando a intensa e frequente interação entre os consumidores e os prestadores no mercado dos serviços, Berry (1983) constatou a oportunidade de criar valor através dos relacionamentos sociais entre os dois atores e apresentou uma nova estratégia de marketing, que nomeou por Marketing de Relacionamento (Berry, 1995). O mediatismo que a qualidade ganhou no marketing de serviços,

também impulsionou a importância do marketing de relacionamento, uma vez que ambos têm o objetivo comum de fidelização de clientes e devem ajudar-se um ao outro. Um marketing de relacionamento efetivo ajuda a organização a capitalizar o seu investimento na melhoria do serviço (Berry, 1995).

Na perspectiva deste último autor, atrair novos consumidores é apenas uma fase intermediária do processo de marketing e de solidificar os relacionamentos, transformar consumidores indiferentes em consumidores fieis e servir os consumidores como clientes também deverá ser um dos principais focos do marketing (Berry, 1995). O marketing de Relacionamento tem assim como objetivo “atrair, manter e – em organizações com serviços múltiplos – desenvolver os relacionamentos do consumidor com o prestador” (Berry, 1983 cit. por Berry, 1995). Neste sentido, Berry (1983) apresentou uma estratégia de 5 elementos para praticar o marketing de relacionamento, que consistia em (1) desenvolver o serviço principal à volta da relação com o consumidor, (2) personalizar o relacionamento com cada cliente (3) providenciar benefícios adicionais ao serviço principal (4) utilizar serviços de tarifas para incentivar a fidelização do consumidor (5) aplicar estratégias de marketing e de comunicação aos empregados, de forma a terem um melhor desempenho junto dos clientes (Berry, 1995). A interação é considerada um elemento chave para a construção do marketing de relacionamento, já que o contacto entre as duas partes cria oportunidades para influenciar os processos de cada um (Grönroos, 2010). Na indústria dos serviços existe uma plataforma interativa onde o prestador pode influenciar a criação de valor do consumidor e o consumidor pode influenciar o processo do serviço do prestador (Grönroos, 2010). Também Morgan & Hunt (1994) alertaram para o fato de, em qualquer contexto, o sucesso do marketing de relacionamento requerer comportamentos de cooperação. Pela perspectiva da criação de valor, os processos criados pelos consumidores e os processos criados pelos prestadores, em vez de ocorrerem em paralelo, poderão fundir-se num só processo integrado, onde ambas as partes são ativas e influenciam-se diretamente uma a outra (Grönroos, 2010). A cocriação enquadra-se neste sentido. O valor de um serviço ou produto é definido pelo consumidor e cocriado com este (Lawer, 2005). Assumindo que o objetivo da empresa é a criação mútua de valor e o serviço apenas um fator mediador, Grönroos (2010) defende que o sucesso do marketing, nomeadamente do marketing de relacionamento, está dependente da capacidade do prestador em apoiar a criação de valor, facilitando a cocriação de valor do consumidor (prestando serviços e outros recursos) durante as interações com os consumidores. A Cocriação de valor é assim vista como uma estratégia de marketing que potencia a fidelização e a redução de custos (Lawer, 2005). Esta estratégia consiste em colaborar e aprender com o consumidor através da adaptação da empresa às suas necessidades individuais e dinâmicas (Lawer, 2005). Enquanto no marketing de relacionamento tradicional, o relacionamento com o consumidor era unilateral, onde as organizações apenas importavam conhecimentos sobre o consumidor, esta nova abordagem permite que as organizações estabeleçam uma relação bilateral, para uma cooperação direta de conhecimento e de criação de valor (Lawer, 2005).

O setor de saúde é considerado um setor de serviços, enquadrando-se nas características gerais desta indústria, tais como a intangibilidade, heterogeneidade, inseparabilidade, perecibilidade e a assimetria de informação entre o consumidor e prestador (Berry & Bendapuli, 2007). Mas este setor apresenta também características incomuns a qualquer outra indústria, essencialmente por coexistir num ambiente complexo e humanístico, onde a prestação do serviço exige uma elevada frequência de interações humanas por diversos atores. Berry e Bendapuli (2007) identificam como singularidades da indústria (1) o fato dos consumidores recorrerem a estes serviços num estado de maior vulnerabilidade, sensibilidade, ansiedade e dependência, o que afeta a sua capacidade de decisão e avaliação do serviço que lhes é prestado; (2) Ser um serviço em que os consumidores estão em risco, nomeadamente estando expostos a erros médicos, de comunicação e a infeções hospitalares (3) Ser um serviço em que os prestadores diretos (profissionais de saúde) são alvo de uma elevada pressão, stress, fadiga e intensidade emocional. Como é passível de entender, as unicidades da indústria descritas acima estão todas relacionadas com o fator humano e das interseções pessoais. A comunicação entre a equipa médica e entre o médico e paciente é fundamental para a prestação dos cuidados de saúde e a colaboração do paciente assumem um elevado impacto no resultado final do serviço. É assim um setor apropriado para atividades de cocriação, onde a troca de conhecimentos e capacidades entre os diversos agentes proporciona benefícios mútuos. Prahalad & Ramaswamy (2004) argumentam que, para o paciente, o que diferencia um médico/hospital da concorrência é a experiência de cocriar com o médico a modalidade de tratamento que tem em consideração a idiossincrasia de cada paciente. O presente estudo pretende investigar a veracidade desta afirmação, ou seja, se os pacientes favoráveis à adesão de práticas de cocriação são também os mais propensos a um comportamento de fidelização. São vários os estudos que identificam a necessidade de investigar a relação entre cocriação e fidelização do consumidor (Hoyer et al., 2011; McColl-Kennedy *et al.*, 2012), sendo que não se encontrou nenhum estudo que estudou a ligação entre estas duas variáveis no setor de saúde.

Questões de investigação

- Que características no relacionamento do paciente - médico geram maior fidelização?
- Que papéis interpretam os pacientes diabéticos na sua relação de cocriação com o médico?
- Quais os papéis desempenhados pelos pacientes diabéticos, no relacionamento de cocriação com o médico, que se encontram mais propensos à fidelização com o médico?
- Como se deve relacionar com os pacientes para gerar fidelização?
- Que fatores estão associados à fidelização dos pacientes diabéticos?
- Quais as responsabilidades que os pacientes diabéticos consideram ser suas na relação com o médico e gestão do tratamento da sua doença?

Objetivos da Investigação

O objetivo principal desta Investigação é:

- Explorar a relação entre os estilos de cocriação de valor do consumidor e os resultados de fidelização
- Compreender se um padrão de comportamentos e atitudes do paciente no relacionamento com o médico e na gestão da sua doença estão associados a um padrão de comportamentos e atitudes de fidelização.
- Investigar a cocriação de valor do consumidor no setor da saúde

Objetivos específicos:

- Compreender quais as responsabilidades que os pacientes tomam na gestão e tratamento da sua doença
- Identificar quais as atividades e interações realizadas pela população em estudo(Diabeticos) para a sua cocriação de valor
- Averiguar se os estilos de cocriação de Mc-Dougall Kennedy et al.(2012) podem ser extrapolados para o contexto de outra doença crónica
- Identificar quais os principais fatores de fidelização e deserção associados a cada estilo de cocriação e valor
- Propor um instrumento de avaliação da cocriação de valor
- Testar as dimensões de análise da cocriação de valor do consumidor no setor da saúde
- Testar uma tabela de análise de cruzamento entre os estilos de cocriação de valor e de fidelização
- Sugerir como se deve relacionar com cada estilo de cocriação de paciente para criar fidelização

Metodologia da Investigação

A Metodologia de Investigação foi realizada sob as diretrizes de FORTIN (1999). Neste sentido, o trabalho foi construído sobre três etapas principais:

1. Fase conceptual- Esta é a fase inicial. Onde se escolhe e formula-se o problema de investigação. Também inclui a revisão da literatura sobre a temática em estudo de modo a elaborar um quadro de referência, facilitando a definição das questões, hipóteses e objetivos de investigação.
2. Fase Metodológica – Nesta fase escolhe-se o desenho da investigação. A elaboração desta fase pressupõe a definição da população e amostra de estudo, a definição das variáveis representativas dos conceitos e construtos que se pretende analisar e os métodos de colheita e de análise dos dados.

3. Fase Empírica – Esta última fase consiste na recolha dos dados, na análise dos dados e interpretação e comunicação dos resultados.

Estrutura da dissertação

A dissertação foi estruturada sob as indicações de Fortin (1999) e Sarmento (2008). De modo a facilitar a leitura, a dissertação encontra-se organizada em 8 capítulos. O primeiro capítulo, referente à Introdução, pretende explicar a natureza do problema de investigação. Assim o capítulo é iniciado com a explicação do surgimento do problema de investigação e a importância em estudá-lo. Segue-se o enquadramento do problema na literatura, enfatizando os conhecimentos respeitantes ao problema em estudo. Neste capítulo são apresentados também as questões, objetivos e hipóteses de investigação. O capítulo é finalizado com a descrição da metodologia de investigação e estrutura da dissertação. No capítulo II descreve-se a metodologia da parte teórica e da parte empírica do projeto de Investigação. É primeiro apresentado a Metodologia da revisão da literatura, seguindo-se a descrição da metodologia empírica. Por esta ser mais exaustiva é subdividida em Paradigma e tipo de estudo, Processo de seleção da população-alvo e da Amostra, Descrição das variáveis em estudo, recolha dos dados, tratamento e análise dos dados, finalizando com as considerações éticas da investigação empírica. O capítulo III, consiste na fundamentação teórica das temáticas. Fortin (1999) define esta fase como o processo de fazer o inventário e exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio da investigação. Este capítulo encontra-se subdividido pelos dois temas-chaves que a presente dissertação aborda: a fidelização e a cocriação de valor. O primeiro subcapítulo, respeitante à fidelização, inicia-se com o esclarecimento do conceito da fidelização. Posto isto, demonstra-se a importância da fidelização para o setor dos Serviços. Seguidamente, na tentativa de perceber a operacionalização do conceito, são apresentados os Antecedentes da Fidelização, alguns modelos de Fidelização e os benefícios da Fidelização para a organização e para os clientes. Uma vez que a investigação incide sobre o setor de saúde, apresenta-se o que foi estudado até à data relativamente ao conceito de fidelização na Saúde e, por fim, de modo a contextualizar os dois temas chave, a importância do envolvimento do paciente para a fidelização e seus antecedentes. O segundo subcapítulo, respeitante à cocriação de valor, começa por explicar a teoria de marketing adotada na presente dissertação que suporta este conceito, seguindo-se o esclarecimento do conceito de cocriação de valor, e finalmente, como este conceito se enquadra no setor de saúde. O capítulo é encerrado com uma breve síntese do que foi apresentado ao longo dos dois subcapítulos. Segue-se a apresentação dos resultados (Capítulo V) provenientes do trabalho em campo, sob formato de texto, exemplificando com extratos das transcrições das entrevistas realizadas, e finalizado com um quadro-resumo. O capítulo V, referente à discussão dos resultados, interpreta os resultados obtidos em relação às questões, hipóteses e objetivos de investigação e confronta-os com estudos anteriores que incidiram sobre os temas em investigação. Também são apresentados as limitações do estudo com que o projeto

de investigação se deparou. O capítulo VI apresenta as principais conclusões do estudo, sugestões para investigações futuras sobre o tema da cocriação e também são apresentados os contributos teóricos e empíricos do projeto de investigação. O capítulo VII apresenta as referências bibliográficas consultadas e citadas na dissertação, respeitando as normas portuguesas NP 405-1 para os documentos impressos e NP 405-4 para os documentos eletrónicos. Por fim, o Capítulo VIII corresponde aos apêndices, i.e., documentos elaborados pela autora contributivos para o desenvolvimento do projeto de investigação. O apêndice A referente ao Guião da entrevista aplicado à amostra. O apêndice B corresponde a um quadro-resumo dos estudos principais sobre o tema da cocriação, organizado cronologicamente. No apêndice C e D encontram-se tabelas-síntese da análise realizada dos dados recolhidos, que só foi possível solicitando a permissão à APDP e respetivos intervenientes, como se pode verificar no apêndice E (ofício de solicitação de recolhimento dos dados), Apêndice F (aceitação de colaboração do Representante da APDP) e apêndice G (carta de compromisso para o comité de ética).

O texto foi redigido considerando o novo Acordo Ortográfico.

CAPÍTULO II - Metodologia

No presente capítulo, irá ser apresentado o processo de operacionalização do trabalho de investigação, de forma a ver respondidas as questões de investigação. Explicar-se-á o desenho da investigação desta dissertação pela seguinte ordem: Metodologia da revisão de literatura; escolha da metodologia e respetiva justificação; seleção e caracterização da população de estudo; Variáveis do estudo; processo de recolha de dados; Análise de conteúdo e Considerações Éticas.

Metodologia da revisão de literatura

Para pesquisa da literatura existente sob a temática, i.e. contributo da cocriação para a fidelização, recorreu-se maioritariamente a uma pesquisa via eletrónica, i.e., por Internet. As fontes utilizadas para recolha de informação secundária foram as seguintes: B-on; Pubmed; Jstor; Emerald; Scielo ; freemedicaljournal ; British Medical Journal ; Biblioteca eletrónica ENSP; Springer Link.

Em cada uma destas fontes foi realizada uma pesquisa com as seguintes “*keywords*” : *Loyalty drivers; patient Loyalty; Healthcare loyalty ; patient experience; cocreation; cocreation (and) loyalty ; patient loyalty (and) Co –creation ;cocreation in healthcare ; patient cocreation ; patient involvement ; patient empowerment;*

Também foram consultados documentos impressos de propriedade da Biblioteca da ENSP/UNL e da Biblioteca da Universidade da Lusíada e na Biblioteca Nacional de Portugal

A seleção dos documentos resultantes desta pesquisa para a base literária desta dissertação consistiu nos seguintes fatores de seleção: relevância para a temática da dissertação; credibilidade do estudo, dos autores e da editora ; contributo para um maior esclarecimento dos conceitos e uma maior abrangência de perspetivas sobre o tema.

Na leitura dos artigos provenientes desta pesquisa, foram encontrados novos artigos, os quais foram incluídos nesta dissertação uma vez que cumprem os requisitos de seleção indicados acima e também por serem constantemente mencionados na literatura da temática.

Metodologia Empírica

Paradigma e Tipo de estudo

Com base na revisão de literatura efetuada por Snyder *et al.* (2012) são retiradas as principais conclusões relativas à forma como se tem estudado o tema do envolvimento do paciente:

- a) Estudos empíricos focam-se no tema do envolvimento do paciente na tomada de decisão, envolvendo vários modelos de envolvimento do paciente e as atitudes dos pacientes e profissionais no envolvimento do paciente.

- b) Na revisão de literatura, é geralmente assumido que o envolvimento do paciente é um fenómeno positivo. Não existe discussão se o envolvimento do paciente é efetivo, e se sim, de que maneira e que tipo de envolvimento de paciente é eficiente.
- c) A maioria dos estudos referem-se a um grupo específico de doença, nomeadamente, doenças crónicas e cancro, o que faz com que não se saiba se os resultados obtidos em estudos podem ser aplicados a outro tipo de doenças.
- d) A maioria dos estudos empíricos tem uma metodologia qualitativa (entrevistas) ou quantitativa (questionários)

As mesmas conclusões verificaram-se no que diz respeito exclusivamente ao estudo da cocriação, uma vez que esta também se encontra sob o tema geral do envolvimento do paciente. Tendo o conceito ganho uma maior significância na última década, os estudos teóricos exploratórios prevalecem, com o intuito de esclarecer este conceito e encontrar a definição mais apropriada para este fenómeno. A maioria dos estudos empíricos com uma metodologia qualitativa ou quantitativa, utiliza instrumentos técnicos como Grupos de enfoque, Entrevistas aprofundadas e Questionários. Estudos de caso também são um instrumento utilizado no estudo da cocriação.

O presente trabalho pretende seguir uma metodologia qualitativa, utilizando a técnica de entrevistas aprofundadas. Segundo Seabra (2010), uma investigação qualitativa apresenta 6 características principais. A razão por trás desta escolha, consiste em (1) por se tratar de um tópico pouco explorado, esta metodologia permite identificar as suas características básicas, não tendo o investigador que pré-conceber quais as informações específicas que têm um papel central no comportamento, decisão e perceções dos sujeitos da pesquisa, como seria necessário ao utilizar uma metodologia quantitativa (Starr, 2011). Como Starr (2011) nos ensina, em estudos qualitativos, a abordagem na recolha de informação assume que discussões flexíveis com os sujeitos da pesquisa são necessárias para adquirir uma noção completa do fenómeno de interesse ; (2) Ser a técnica mais adequada para analisar o comportamento humano do ponto de vista do paciente e considerar a sua contextualidade e realidade social (Seabra, 2010). (3) Considerar a contextualização do conceito as experiências vividas da população em questão. Com esta metodologia, observa-se o fenómeno no seu contexto real já que “Os dados são enquadrados e interpretados em contextos holísticos de situações, acontecimentos de vida ou experiências vividas, particularmente significativos para as pessoas implicadas” (Fidalgo, 2003 cit. por Seabra, 2010). Assim, também se pretende contribuir para o conhecimento deste conceito, nomeadamente, reportando a realidade da cocriação em Portugal para os pacientes diabéticos. (4) estudar a interpretação e significado que é dada pelos entrevistados ao conceito de cocriação de valor , uma vez que uma atividade de cocriação pode ser interpretada de formas radicalmente diferentes, tal como o próprio conceito de fidelização. Como refere Seabra (2010) a principal essência da investigação qualitativa é considerar a interpretação e significado dos participantes relativamente à sua

relação com os fenómenos em estudo (5) estudar de uma maneira descritiva, aprofundada e não-estruturada o conceito da cocriação e fidelização numa população específica.

Acredita-se que a metodologia qualitativa é a mais adequada, porquanto o pretendido é extrair informação completa e fidedigna de um tópico com complexidades inerentes como é a cocriação. Quando o que se pretende é obter informação aprofundada e personalizada, o número de sujeitos de pesquisa também será notoriamente mais reduzido comparativamente a uma metodologia com um instrumento massificado, como é o caso dos questionários.

Embora não seja uma metodologia tão generalista como a metodologia quantitativa, a metodologia qualitativa apresenta uma outra contribuição para a aplicabilidade do estudo, já que “a compreensão aprofundada de um dado contexto pode facilitar a compreensão de outros contextos, não através do princípio da generalização mas sim do princípio da transferência.” (Seabra, Mota & Castro, 2009: 57-58 cit por Seabra,2010).

População alvo, Amostra, Processo Utilizado para a sua Seleção

Por esta razão, a população-alvo consiste em todos os pacientes que padeçam da doença da diabetes. Como população de estudo optou-se por selecionar os diabéticos que participam na/membros da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal.

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica que afeta cerca de 371 milhões de pessoas em todo o mundo e é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial (IDF Diabetes Atlas update 2012, 2012;World Health Organization ,2012). Em Portugal, estima-se que cerca de um terço da população tem diabetes tipo 2 (11,7% de prevalência) ou é pré-diabética (23,2% de prevalência) (Chambel et al., 2011). A média de gastos no tratamento da diabetes por individuo em Portugal é de 2,521.48 dólares americanos. É hoje inegável a existência de uma epidemia global das diabetes (Diabetes Atlas Commite, 2012). A diabetes é uma doença causada por deficiências na secreção ou ação da insulina, ou ambas, provocando um conjunto de distúrbios metabólicos variados, que têm em comum os fatores da hiperglicemia e da intolerância à glicose (Diabetes Atlas Commite, 2012). A doença das diabetes é classificada clinicamente por 4 tipos: Diabetes tipo 1 (diabetes mellitus insulino-dependente), Diabetes tipo 2 (diabetes mellitus não insulino-dependente) , Diabetes gestacional (Diabetes mellitus gestacional e deficiência gestacional de tolerância à glicose)e outros tipos específicos que resultam ou poderão resultar na doença das diabetes como a Anomalia da regulação da glicose (onde se integra a anomalia da tolerância à glicose (ATG ou DTG) e a anomalia da glicemia do jejum (AGJ), endocrinopatias, doenças do pâncreas exócrino, defeitos genéticos da função da célula β e defeitos genéticos na ação da insulina (Sociedade Portuguesa de diabetologia).Prevê-se que o tratamento para os diabéticos constitui cerca de 15% do orçamento dos serviços nacionais de saúde (World Health Organization, 2010), gerando em 2012 um gasto global de 471 biliões de dólares americanos no tratamento desta doença (International Diabetes Federation, 2012). Isto porque os diabéticos são pacientes que gastam duas a três vezes mais recursos de cuidados

de saúde comparativamente a pacientes que não têm diabetes (World Health Organization, 2010). Uma das abordagens adotadas para melhorar o controlo metabólico, qualidade de vida, reduzir as complicações relacionadas com a diabetes e minimizar os custos do sistema de saúde consiste em prover de educação os pacientes diabéticos para que detenham as “ferramentas” necessárias para controlar e gerir a sua doença autonomamente (Partnership for prevention, 2008).. Esta abordagem resulta de um processo de colaboração e interação entre os prestadores de saúde, comunidade e/ou pacientes diabéticos (Partnership for prevention, 2008) . Capacitar os pacientes a autogerir a sua doença incentiva a que o paciente se torne um cocriador, com uma participação mais ativa no sistema de saúde (Buranarach *et al.*, 2010). Neste sentido, os pacientes diabéticos são uma população-alvo apropriada para estudar a cocriação e a fidelização, uma vez que a longevidade do tratamento tende a implicar a criação e fortalecimento de laços humanos entre os “atores” envolvidos e a incitar uma participação mais ativa por parte do paciente comparativamente a uma doença de foro agudo.

Para uma maior representatividade da amostra, utilizou-se requisitos de inclusão do universo, nomeadamente: (1) idade compreendida entre os 18-75 anos (2) Indivíduos com a doença de diabetes. A autora considera importante para o estudo analisar a comparação do nível de relação cm o prestador entre estes dois grupos.

Variáveis em estudo

Segundo Fortin (1999) o construto é um conceito com um significado mais teórico do que empírico. Considera-se que os conceitos em estudo que se pretende analisar, a cocriação e a fidelização, são conceitos teóricos, por não poderem ser observados na realidade. Desta maneira, estes construtos estão representados no estudo empírico por variáveis como a quantidade de atividades de cocriação em que participa ou a quantidade e qualidade de interações que o individuo realiza na gestão da sua doença (Fortin, 1999). Pretende-se associar os estilos de cocriação a um determinado nível de fidelização do paciente ao médico. O nível de cocriação foi medido pelos estilos de cocriação sugeridos por McColl-Kennedy *et al.* (2012). Nesse estudo, os autores realizaram primeiramente grupos de enfoque para perceber que atividades de cocriação existiam no setor de saúde para pacientes com uma doença crónica. Posteriormente, utilizaram a abordagem qualitativa de entrevistas aprofundadas para identificar 5 papéis na cocriação que os pacientes poderão desempenhar e para associar a níveis de qualidade de vida. Os estilos de cocriação são identificados através de um cruzamento do tipo, numero e intensidade das atividades de cocriação que realizam e do número de interações e de indivíduos existentes na sua rede de cocriação de valor. Também são consideradas as características pessoais do individuo para a inserção do mesmo num estilo de cocriação. O presente trabalho de investigação visa adotar esta metodologia para identificar os estilos de cocriação de cada paciente.

A fidelização atitudinal do paciente ao seu médico regular é analisada através das variáveis qualitativas: consideração exclusiva (resistência em consultar outros prestadores para uma segunda opinião), a intenção de recomendação do médico a terceiros, a intenção de preferir o prestador sob

condições menos favoráveis (manter-se com o médico caso abandone a instituição), sentido de identificação com o prestador.

A fidelização comportamental é analisada através das variáveis qualitativas: regularidade do contacto com o médico anualmente, recomendação a terceiros e consequentemente referência de novos clientes para a organização, compra de serviços adicionais (Utilizar o médico para a prestação de outros cuidados de saúde) e benefícios sociais entre clientes e cliente-prestador (Orientação pelo serviço; Amizade; Motivação).

As percepções dos conceitos gerais de fidelização foram avaliadas de acordo com os fatores humanos de fidelização a um médico e fatores de fidelização externos às características do médico.

Pré-teste

Considerou-se necessário testar o instrumento de colheita de dados a ser utilizado de modo a concluir que as questões da entrevista cumpriam o objetivo de responder aos objetivos e perguntas de investigação do trabalho de projeto. Assim, o guião da entrevista foi aplicado a dois pacientes diabéticos que satisfazem os requisitos de inclusão da amostra. Pretende-se detetar falhas na entrevista e aprimorar o guião de maneira a que seja possível recolher dados que ao serem analisados posteriormente nos permitam construir uma percepção fidedigna do seu estilo de cocriação e nível de fidelização. Após a análise pré-teste, foram alteradas a ordem e o conteúdo de algumas questões, por gerarem redundância nas respostas e algumas falhas na compreensão das questões. Voltou-se a fazer um pré-teste para testar o novo guião, que permitiu recolher os dados pretendidos e portanto não houve alterações no mesmo. Os dados dos inquiridos desta fase não foram integrados no estudo empírico.

Recolha dos dados

Para a recolha de dados empíricos utilizou-se a técnica de abordagem qualitativa de entrevista aprofundada semiestruturada. As questões selecionadas procuram fundamentalmente detetar as atividades de cocriação conduzidas pelos entrevistados na gestão da sua doença e as características do seu relacionamento com o médico regular. Também se tentou perceber a percepção dos entrevistados em relação à fidelização no setor de saúde e os fatores que a influenciam. Foi realizada primeiramente uma fase pré-teste, entrevistando dois dois pacientes diabéticos. Todas as questões responderam às expectativas, onde foi possível extrair a informação desejada.

Numa segunda fase, utilizando como instrumento de recolha de dados um gravador manual, foram entrevistados 16 pacientes diabéticos. De maneira a facilitar o processo de levantamento de dados, grande parte dos indivíduos foram entrevistados na Associação de Protetores dos Diabéticos de Portugal (APDP), sob o conhecimento e consentimento prévio da direção e do comité de ética da APDP. É também assegurado ao entrevistado que as suas respostas encontram-se salvaguardadas em anonimato, por questões éticas. A APDP é uma associação que fornece todos os recursos que o

paciente necessita para combater as diabetes. A primeira fase após a inscrição na associação, é a triagem, onde é atribuída os membros da equipa médica do paciente. Assim, os paciente diabéticos membros da APDP não têm liberdade de escolha inicial pelo médico. Podem no entanto requerer a mudança de médico.

Análise de conteúdo

Uma das desvantagens de utilizar uma metodologia qualitativa de entrevista aprofundada, é o facto de que os elementos recolhidos não se encontrarem imediatamente prontos para análise. Daí que a análise de conteúdo seja uma técnica normalmente relacionada com o método das entrevistas. O presente projeto de investigação foi formulado utilizando a técnica de análise de conteúdo segundo a perspetiva de Laurence Bardin (1977). Este método permite ao investigador compreender as interpretações que o entrevistado faz sobre a sua realidade e a sua envolvência, através do discurso proliferado pelo mesmo.

Segundo esta autora, a análise de conteúdo é considerada:

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (Bardin, 1977, p. 42)

A análise de conteúdo processou-se ao longo de três fases:

1. Pré-análise – análise dos documentos a serem tratados, este caso, as entrevistas. Primeiramente, considerando a revisão de literatura realizada e os objetivos e questões de investigação foi construído um guião de entrevista do tipo semiestruturada. O intuito da elaboração do guião, foi ser um orientador da conversa com os participantes uma vez que se tentou que a entrevista fosse flexível o suficiente para se adaptar ao entrevistado. Desta maneira os participantes puderam explorar as questões como entendiam ,nem sempre se seguindo uma ordem rígida das questões do guião. (Apêndice A)

Após serem recolhidos os dados procedeu-se à transcrição da entrevista, considerando as regras de Homogeneidade, pertinência, exaustividade e exclusividade.

2. Exploração do Material – Esta etapa visa essencialmente a codificação e categorização dos dados brutos. Das entrevistas transcritas são escolhidos, segundo o nível de significância, as unidades de registo, ou seja, palavras e frases-chave para cada indicador, sendo que quando se verificar uma maior complexidade da mensagem, a unidade de registo poderá vir acrescentadas com a unidade de contexto. As unidades de registo são catalogadas e a frequência de aparição dessa unidade de registo encontra-se apresentada numericamente seguida da unidade de registo dentro de parêntesis. A categorização também é realizada neste momento. Foram realizadas dimensões/ categorias e sub-categorias para a codificação das unidades de registo.

3. Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação- nesta fase os resultados são tratados incluídos nas categorias e é realizada a interpretação. As respostas recolhidas foram tratadas e inseridos numa tabela categorial de modo a organizar a informação. Foi realizada a codificação dos dados em tabela de frequências. No entanto, como nos transmite Bardin (1977) existem variáveis inferidas igualmente importantes mas que necessitam de outro tratamento nos resultados, ou seja necessitam de estar contextualizados com a ideologia e a experiencia vivida de modo a estabelecer “uma correspondência entre o nível empírico e o teórico, de modo a assegurar-nos que o corpo de hipóteses é verificado pelos dados do texto”.

Assim, no tratamento dos resultados, realizou-se duas fases: a primeira em que os dados foram submetidos a uma codificação, como por exemplo, relativamente ao tipo de atividades de cocriação que o paciente participa na gestão da sua doença e o número de intervenientes e intensidade das interações que o paciente estabelece na gestão da sua doença; uma segunda fase em que os sujeitos da amostra são analisados individualmente de acordo com a sua experiencia de modo a poder identificar os estilos de cocriação. Foi através dos dados codificados e da contextualidade e características do entrevistado que se traçou os estilos de cocriação, de acordo de acordo com a metodologia de Mc-coll Kennedy *et al.* (2012). Tal como os autores dos estilos de cocriação alertaram, existem diferentes níveis de intensidade em cada atividade de cocriação, sendo que por exemplo na categoria de registar informação, estão incluídas atividades desde o simples registo dos níveis de glicemia através da maquina, como também a existência de um diário com o registo diário de atividades, alimentação nas refeições, horas de medicação, horas dos registos dos níveis de glicemia e das injeções de insulina. Daí que também seja necessário uma interpretação por parte da investigadora dos dados recolhidos.

Os resultados irão ser apresentados numa tabela de frequências, numa tabela de cruzamento de dados entre os estilos de cocriação e a fidelização, e também os estilos de cocriação e o nível de fidelização de cada estilo são apresentados descritivamente, através de transcrições das entrevistas, para uma contestação dos estilos de cocriação e nível de fidelização. Como Janesick (2000) nos elucida, a investigação qualitativa requer que o investigador construa uma narrativa que englobe as varias historias dos participantes (Janesick,2000 cit. por Seabra,2010).

Considerações Éticas

O projeto de Investigação foi aprovado pela Comissão de Ética da APDP, sob uma Declaração de Compromisso pela autora. Os dados recolhidos e analisados para dar resposta aos objetivos da investigação são apresentados de forma anonima,i.e., não são mencionados nomes nem qualquer atributo de identificação dos entrevistados ou profissionais de saúde envolvidos na prestação dos seus cuidados de saúde. Garante-se o sigilo e confidencialidade dos dados, sem qualquer prejuízo para a instituição ou para os indivíduos envolvidos.

CAPÍTULO III - Enquadramento teórico

Fidelização

Fidelização do cliente

A fidelização de clientes é considerada em qualquer negócio um recurso indispensável para o sucesso a longo prazo de uma empresa. Isto, porque não só permite atingir uma maior quota de mercado, como permite ter uma vantagem competitiva inimitável e sustentável (Pritchard, Havitz & Howard, 1999). Reichheld (1996) ensina-nos que o lucro não deverá ser o principal objetivo de uma organização, mas sim a criação de valor. A criação de valor cria fidelização, que por sua vez gera crescimento, lucro e mais valor, tornando a Fidelização do consumidor na verdadeira medida do sucesso de uma empresa (Reichheld, 1996). A fidelização do consumidor tem sido um tópico muito explorado pela literatura, onde são apresentadas várias teorias, o que leva a que, até a data, não exista apenas uma definição universal para este conceito, mas várias. É possível verificar uma evolução no estudo da fidelização. Nas primeiras abordagens a este tópico, considerava-se como clientes fidelizados aqueles em que se assistia um padrão de repetição de compra a longo prazo (Oliver, 1997). Esta primeira fase, tinha como base o comportamento dos consumidores e o intuito de identificar a natureza de repetir comportamentos de compra. Seguidamente, o interesse era perceber como aumentar a fidelização à marca, e portanto os estudos analisavam quais as razões que poderiam afetar a preferência dos consumidores a uma marca e a sua intenção de voltar a comprar produtos dessa marca, bem como o nível de influência dessas razões para a fidelização. Na terceira e última fase, as atenções foram dirigidas para a perspetiva psicológica e sociológica deste conceito, focalizando-se nas dimensões emocionais da fidelização e nos processos cognitivos que poderiam reforçar a fidelização de clientes (Akin, 2012). Aqui, o trabalho de Day (1969) foi pioneiro, ao criticar as teorias comportamentais da fidelização, defendendo que a fidelização à marca consistia num comportamento repetitivo de compra impulsionado por uma forte disposição interna (cit. por Dick & Basu, 1994). Após a sua contestação, a atitude, juntamente com a dimensão comportamental, começou a ser estudada como um importante critério da fidelização. Também o trabalho de Jacoby and Chestnut (1978) foi decisivo neste contexto, ao arguir que um consumo repetitivo de um produto/serviço era um indicador de fidelização possivelmente inválido isoladamente, já que um consumo aleatório ou a preferência desse produto/serviço por conveniência poderiam ser fatores indutores de erro. Já nesta altura se observava que o estudo da fidelização da marca estava a sofrer uma transição de uma abordagem macro de comportamentos de escolha do prestador, para uma abordagem micro de compreensão dos mecanismos cognitivos que antecedem esses comportamentos de escolha (cit. por Dick & Basu, 1994; Oliver, 1999).

Posto isto, Oliver (1999) sugere que existe uma verdadeira fidelização à marca quando os seguintes dispostos se reúnem: (1) a avaliação dos atributos da marca for preferencial às ofertas da concorrência; (2) Esta “informação” (do disposto anterior) deverá coincidir com a preferência afetiva pela marca (atitude); (3) o consumidor deverá ter uma intenção de comprar a marca superior comparativamente às marcas alternativas (conação) (Oliver, 1999).

Ao longo do tempo, foi sendo assumido que a fidelização é uma matéria bastante complexa para ser determinada apenas pelo comportamento de compra do consumidor, e que também inclui uma construção cognitiva de atitude. (Dick & Basu, 1994; Gray, 2007). Quer isto dizer que a fidelização é o resultado de uma mistura de duas dimensões igualmente importantes: a atitude de fidelização e o comportamento de fidelização (Dick & Basu, 1994; Oliver, 1999; Ball, Simões Coelho, & Machás, 2004; Forouzandeh & Ahmadi, 2010).

Esta abordagem vem reforçar a ideia de que a fidelização é manifestada através de um padrão de repetição de compra e através da recomendação, já defendidas anteriormente por vários autores incluindo Lam et al. (2004) e Fullerton (2005) (cit. por Shih-I, 2011). Fundindo os contributos dos autores mencionados, o comportamento de fidelização representa o padrão de comportamento de compra do consumidor, enquanto a atitude de fidelização compromete-se a criar uma resistência à persuasão da concorrência e a criar, através da comunicação passa-a-palavra, uma imagem positiva e aliciante do prestador a terceiros (Dick e Basu, 1994 ; Ball, Simões Coelho, & Machás, 2004 ; East *et al.*, 2005; Shih-I, 2011).

O comportamento de fidelização poderá ser facilmente medido por técnicas observacionais, enquanto a atitude de fidelização é medida maioritariamente por métodos de questionário (Ball, Simões Coelho, & Machás, 2004). Desta forma, a medição do grau de fidelização por vias observacionais deverá ter em conta que uma proporção do comportamento de fidelização do consumidor é atribuída à sua atitude de fidelização (cognitiva) (Reichheld, Markey & Hopton, 2000).

Assim, na literatura é possível assistir a três abordagens à fidelização: a abordagem estocástica (abordagem que considera apenas a dimensão comportamental), abordagem determinística (fidelização é uma atitude) e a abordagem compósita (a fidelização é uma combinação da fidelização comportamental e atitudinal). (Boora & Singh, 2011)

Baseado no conceito das dimensões de atitude e de comportamento, Ganesh et al.(2000) apresenta a distinção entre fidelização ativa (intenção de compra e recomendação) e fidelização passiva (inércia à mudança para outro prestador, mesmo sob condições menos positivas) (Shih-I, 2011 cit.; Forouzandeh & Ahmadi, 2010).

Enquanto a maioria dos estudos apenas apresenta estas duas dimensões, importa referir que algumas escolas fazem uma distinção entre comportamento de fidelização, atitude de fidelização e fidelização cognitiva, traduzindo-se esta última como o sentimento de “primeira escolha” do consumidor e a associação direta do produto à marca (Gremler & Brown, 1996 ; Forouzandeh & Ahmadi, 2010). Mas

como nos elucida Ball, Simões Coelho, & Machás (2004), Oliver (1999) e Dick e Basu (1994) poderá considera-se a fidelização cognitiva, conativa e/ou afetiva como tipos de atitude de fidelização.

As definições mais singulares, que optam por definir a fidelização como uma atitude ou comportamento, têm sido substituídas por definições mais complexas, considerando a fidelização uma combinação de conceitos (comportamentos, atitudes, antecedentes e consequências). (East *et al.* 2005)

Na dificuldade que a maioria dos autores enfrenta em conceptualizar uma definição geral para um termo tão complexo como a fidelização, importa referir que a procura por uma definição global poderá ser uma luta insaciável e, conseqüentemente, não contribuir para um maior entendimento sobre o tema. (EAST *et al.*, 2005).

Como argumentam East *et al.* (2005) as definições sugeridas deverão ser mensuráveis e atingir os resultados propostos. No entanto, constata-se no seu estudo que a recomendação é um resultado da atitude relativa, mas não de um comportamento de compra repetitiva, enquanto a retenção do consumidor é mais premeditada por um comportamento de compra repetitivo do que pela atitude relativa. De acordo com os resultados, os autores questionam o valor da combinação de conceitos (comportamentos e atitudes) para definir a fidelização, bem como a ideia de existir um conceito genérico de fidelização que prediga uma variedade de resultados (East *et al.*, 2005).

Não obstante, a utilização de uma medida bidimensional (dimensão comportamental e atitudinal) para caracterizar e medir a fidelização é vista pela maioria dos autores como um instrumento válido para uma melhor compreensão generalizada da fidelização do consumidor em várias indústrias (Day, 1969; Jacoby and Kyner, 1973; Backman and Crompton, 1991; Pritchard *et al.*, 1992; Pritchard and Howard, 1997 cit. por Bowen & Chen, 2001).

Seguindo a generalidade da literatura, e pela sua clareza e completude, apresenta-se a seguinte definição de fidelização sugerida por Prus & Randall (1995):

“A fidelização do consumidor é composta por um número de qualidades. É construído pela satisfação do consumidor, envolvendo ainda um compromisso por parte do consumidor em realizar um investimento sustentável no relacionamento contínuo com a empresa ou marca. Finalmente, a Fidelização do consumidor é refletida por uma combinação de atitudes (sentimento de identificação que o consumidor cria com um específico prestador/marca, a preferência de um produto/serviço às alternativas, o desejo de recomendação e compromisso com o prestador mostrado através da resistência em comprar produtos/serviços da concorrência) e comportamentos (ato de compra repetitiva ao mesmo prestador, compra de serviços /produtos adicionais do mesmo prestador, e a recomendação do prestador a terceiros).” (Prus & Randall, 1995)

Fidelização no setor de serviços

A evidência constata o relacionamento positivo entre a satisfação e fidelização do consumidor e a rentabilidade da organização no setor dos serviços (Mortazavi *et al.*, 2009).

A fidelização nos serviços é definida nesta dissertação como “o grau em que o consumidor demonstra um comportamento de compra repetitivo a um prestador de serviços, possui uma disposição e atitude positiva para o prestador e considera usar apenas este prestador quando surge a necessidade por esse serviço” (Gremler & Brown, 1996).

Em determinados serviços, como a indústria das telecomunicações, um consumo repetitivo ao mesmo prestador não é o melhor indicador do comportamento de fidelização, mas sim a retenção do consumidor à marca, medida pela duração de tempo que o consumidor utiliza o serviço ou pelo tamanho do portfolio, i.e., o número de marcas utilizadas num determinado período (East *et al.*, 2005).

A fidelização no setor dos serviços apresenta-se por ser muito mais complexa do que no setor dos produtos. A principal razão remete para as 5 características dos serviços inicialmente descritas por Zeithaml, Berry, & Parasuraman (1985) e também adotadas por Kotler e Armstrong (2000), nomeadamente, a Intangibilidade do serviço, Inseparabilidade da produção e do consumo, a Variabilidade de quem os executa, Perecibilidade, i.e. os serviços não poderem ser armazenados, e falta de propriedade do serviço por parte do cliente. Como consequência, o critério de avaliação do cliente e o valor atribuído pelo serviço prestado é muito mais subjetivo. (Mittal & Lassar, 1998)

As características que diferenciam os serviços dos produtos, exige que a estratégia de fidelização também seja diferente, uma vez que certos fatores relacionados com os serviços têm um maior impacto na fidelização desse tipo de clientes, e que tipicamente não são abordados no estudo da fidelização da marca (produtos) (Gremler & Brown, 1996; Mittal & Lassar, 1998). É o caso das relações interpessoais entre os prestadores e os clientes. McCallum e Harrison (1985) afirmam que os encontros de serviço¹ são primeiro que tudo encontros sociais (cit. por Gwinner, Gremler & Bitner, 1998). Berry (1983) foi pioneiro no Marketing do relacionamento, argumentando que as características peculiares dos serviços obrigavam a que houvesse um maior esforço de vendas, comparativamente a indústria dos produtos (Berry, 1995). A inseparabilidade da produção e consumo do serviço requer a existência de interações pessoais entre o produtor e o comprador. Estas interações permitem criar uma ligação emocional mais forte com os seus clientes, oferecendo maiores oportunidades para a fidelização se desenvolver (Gwinner, Gremler & Bitner, 1998). Lee & Cunningham (2001) também referem que a intangibilidade dos serviços faz com que a fidelização dos consumidores se baseie nas suas experiências passadas e nas suas expectativas futuras em relação ao serviço. Esta mesma característica também pode fazer com que os consumidores tenham maiores dificuldades em recolher informação sobre o serviço e a avaliar a sua qualidade antes do consumo, pelo que a lealdade a um

¹ ¹ “Período de tempo em que o consumidor interage diretamente com o serviço” (Bitner, 1990 cit. Shostack, 1985)

prestador atenua este desequilíbrio de informação entre o prestador e o consumidor, o que geralmente não acontece no setor dos produtos (Gremler & Brown, 1996; Mortazavi *et al*, 2009).

A variabilidade dos serviços encoraja a fidelização dos clientes quando um serviço de excelência é experienciado, uma vez que a fidelização nos serviços é utilizado pelos clientes como um atenuador do risco e da incerteza (Berry, 1995; Lee & Cunningham, 2001).

Dada a sua imaterialidade, o cliente não se sente proprietário do serviço que compra, pelo que os prestadores de serviços deverão fazer um esforço maior para reforçar a sua identidade de marca e afinidade com o consumidor (Kotler & Armstrong, 2000). Esse esforço maior poderá provir das relações que se desenvolvem pela interação entre as pessoas (neste caso consumidor-prestador), o que oferece à indústria de serviços uma maior oportunidade para desenvolver a fidelização dos seus clientes face à concedida na indústria dos produtos.

Criar relações emocionais com os trabalhadores da organização, estimula no cliente o desejo de querer ajudar um “amigo”, o que poderá ser uma motivação para um comportamento de fidelização, mais forte do que qualquer outra recompensa (Bettencourt e Brown, 1997 por Gremler & Brown, 1998).

Quer isto dizer que a mudança entre prestadores de serviços poderá envolver barreiras que geralmente não estão presentes na mudança entre fornecedores de produtos. (Gremler & Brown, 1996 ; Javalgi & Moberg, 1997).

A dificuldade por parte dos consumidores em avaliar a qualidade do serviço, implica também que a recomendação a terceiros ganhe um papel fundamental na escolha do prestador. Note-se que esta informação apenas poderá advir de clientes fidelizados, considerados por quem os ouve veteranos desse serviço e onde o relato da sua experiência acaba por ser o indicador da qualidade do serviço dos potenciais clientes. A fidelização de quem recomenda poderá ser assim transferida para o recetor dessa recomendação, que por sua vez irá recomendar o serviço a terceiros, o que só enfatiza a importância de implementar estratégias de fidelização neste setor (Gremler & Brown, 1998).

Em suma, a unicidade desta indústria, apresenta custos relacionados com o serviço que, dependendo da forma como se apresentam, servem de barreiras/ facilitadores para comportamentos e atitudes de fidelização dos consumidores, nomeadamente (Lee & Cunningham, 2001):

- Custos económicos (custo do serviço e tempo do serviço)
- Custos transacionais (dificuldade de avaliar a performance de um serviço e conhecimento específico do consumidor pelo prestador)
- custos de mudança (custos de pesquisa de informação de outros prestadores; risco percecionado; substituíbilidade e proximidade geográfica)

Em conclusão, criar uma relação a longo prazo com o cliente é desejável para qualquer empresa, mas parece ser ainda mais apelativa na indústria de serviços (Bordeau 2005). E esse desejo não se

manifesta apenas pelas organizações, também pelos consumidores ao quererem encontrar organizações que evoquem a sua fidelização (Berry, 1995). O interesse é recíproco entre ambas as partes (Oliver, 1999), como se poderá constatar mais a frente.

Antecedentes da Fidelização

A presente secção visa identificar os fatores determinantes para a fidelização do consumidor mais enumerados na literatura.

❖ Satisfação do consumidor

A Satisfação no setor dos serviços é um tema que se encontra sobredocumentado, onde já se tornou evidência a relação positiva e direta entre a satisfação e a fidelização do consumidor (Hallowell, 1996; Mittal & Lassar, 1998; Oliver, 1999; Price, 1999; Martensen, Gronholdt, & Kristensen, 2000; Cronin, Brady, & Hult, 2000; Bordeau, 2005; Forouzandeh & Ahmadi, 2010).

De acordo com Oliver (1999) satisfação é *“um estado temporário de pós-uso resultante de um único consumo ou um estado repetitivamente experienciado por um consumo contínuo que reflete como um produto/serviço atingiu o seu propósito.”* (Oliver, 1999).

Já Cronin et al. (2000) caracterizam-na como sendo *“uma avaliação de uma emoção, que reflete o grau em que um consumidor acredita que a posse ou uso de um serviço evoca sentimentos positivos”* (Cronin, Brady & Hult, 2000).

Neste sentido, é fácil perceber que os clientes queiram retribuir a satisfação que a empresa lhes proporcionou com a sua fidelização, não apenas num sentido de gratidão mas porque, racionalmente, acreditam que a transação efetuada foi um bom negócio para si (Esteves, 2011).

Inicialmente, foi considerado que a satisfação e fidelização eram “duas manifestações para o mesmo conceito” (Oliver, 1999), sugerindo que clientes satisfeitos são clientes fidelizados (Bitner, 1990). A verdade é que os estudos efetuados constataram que os benefícios da satisfação eram iguais aos benefícios que a fidelização providencia (rentabilidade, menor sensibilidade ao preço, comunicação passa-a-palavra, comportamento de compra repetitiva) (Oliver, 1999).

Muitos autores questionam esta abordagem, a qual tem sido adotada na operacionalização da fidelização (um cliente satisfeito é automaticamente um cliente fidelizado), sugerindo que a satisfação pode não ser um fator suficiente para atingir o resultado de fidelização (Reichheld, 1996; Oliver, 1999; Bordeau, 2005; Forouzandeh & Ahmadi, 2010). Reichheld (1996) introduziu este conceito como a Armadilha da satisfação² ao provar que dos clientes que se intitulam como satisfeitos ou muitos satisfeitos, entre 65% e 85% não irão retornar ao prestador. O mesmo constata Mittal e Lassar (1998) – entre um terço a metade dos consumidores identificados como “satisfeitos” com o serviço, expressaram desejo de mudar de prestador.

² Termo original : Satisfaction Trap

Na mensuração da satisfação, ainda que os resultados dos questionários de satisfação sejam importantes indicadores do estado de “saúde” de um negócio, confiar apenas neste instrumento poderá ser “fatal” (Jones & Sasser, 1995). A fácil manipulação e desvio da realidade em questionários de satisfação, leva a que se sugira que a satisfação seja medida pela fidelização, i.e. apenas estão realmente satisfeitos se existirem comportamentos de fidelização inerentes e consequentemente, a medição da satisfação do cliente não deverá ser pelo que estes dizem mas sim pelo quanto investem (Pritchard, Havitz & Howard, 1999).

Neste contexto, Jones e Sasser (1995) apresentam 4 tipos de clientes segmentados pelos seus atributos de comportamento individuais, pela intensidade de satisfação e insatisfação e pela capacidade de agir de acordo com a sua satisfação ou insatisfação:

- Fieis/Apóstolos – clientes completamente satisfeitos; retorno aos serviços da empresa; fáceis de servir porque as suas necessidades se adaptam à oferta da empresa; a experiência do serviço excede as suas expectativas; partilham os seus sentimentos pela empresa a terceiros; Clientes que tiveram uma má experiência mas que a empresa corrigiu com sucesso o problema.
- Desertores/Terroristas – inclui clientes muito insatisfeitos, pouco insatisfeitos ou neutros; clientes cujas necessidades não se adequam à oferta da empresa; clientes que tiveram uma má experiência e que tencionam partilha-la a terceiros (a comunicação destes clientes chamados de “terroristas” tende a ser mais efetiva do que a comunicação positiva partilhada pelos “apóstolos”); Clientes que testemunharam uma falha no serviço/ produto e que a empresa não conseguiu corrigir o problema.
- Reféns – Clientes que poderão não estar satisfeitos mas que, por falta de alternativas, apenas conseguem satisfazer as suas necessidades com o serviço de uma determinada empresa. As empresas devem no entanto tentar satisfazer este tipo de clientes de modo a que não se tornem “Terroristas”, mas “Apóstolos”.
- Mercenários – clientes muito satisfeitos, mas que não demonstram fidelização à empresa; Clientes que comprem por impulso, procuram preços baixos e são influenciados por tendências de moda; Clientes de elevado custo para adquirir e que rapidamente poderão desertar, sem se manterem tempo suficiente com a empresa para gerar o retorno do investimento;

Num mercado altamente competitivo, atingir a satisfação total dos consumidores é uma prioridade máxima para a empresa, uma vez que qualquer mudança - mesmo pouco significativa - que ultrapasse o limiar de satisfação “mediocre” para a satisfação total, irá resultar num aumento significativo na fidelização (Jones & Sasser, 1995). Prova disso é o estudo mencionado por estes autores que constata

que consumidores completamente satisfeitos estão 42% mais predispostos a se fidelizarem do que clientes apenas satisfeitos (Jones & Sasser, 1995).

Da mesma maneira que a satisfação do cliente traz benefícios significativos para a empresa, o custo de insatisfação do cliente implica elevados custos. Por vezes, os clientes mais insatisfeitos são aqueles que já foram clientes muito satisfeitos até sofrerem uma ou mais falhas no serviço ou produto, sem qualquer resposta pela empresa para lidar com esse descontentamento. A gestão de reclamações tem aqui um papel muito importante em mudar a percepção da relação que o cliente tem com a empresa, podendo evitar uma comunicação passa-a-palavra negativa e a possível desertação desse cliente (Jones & Sasser, 1995; Forouzandeh & Ahmadi, 2010).

Sumariando, não existe dúvida que a satisfação é um fator determinante da fidelização. No entanto, são vários os autores que argumentam que por si só não é suscetível de a assegurar (Oliver, 1999; Mittal & Lassar, 1998; Reichheld, 1996). A satisfação do consumidor explica menos de 20% da variação do comportamento de compra repetitivo, o qual é considerado como o principal indicador de fidelização do consumidor (Bose & Rao, 2011).

Como constata Coyne (1989), Oliva et al. (1993), Mittal & Lassar (1998) e Bowen e Chen (2001) a relação entre satisfação e fidelização é assimétrica, uma vez que: (1) a insatisfação garante praticamente a total mudança de prestador, mas a satisfação não assegura a fidelização ao mesmo; (2) em mercados onde a competição é intensa, existe uma elevada diferença na “lealdade” de consumidores muito satisfeitos e de consumidores satisfeitos (Mittal & Lassar, 1998; Bowen & Chen, 2001).

A ideia a reter é que um pequeno aumento na satisfação do cliente a partir de um determinado limiar, aumenta significativamente a propensão da sua fidelização, pelo que é sugerido que os gestores não deverão contentar-se em ter clientes satisfeitos, mas sim clientes extramamente satisfeitos acima do limiar suprarreferido (Bowen & Chen, 2001).

❖ Qualidade Percecionada

A qualidade no setor dos serviços foi desde sempre considerado um pré-requisito para o sucesso de uma empresa. Dadas as suas características intrínsecas, a avaliação da qualidade na indústria de serviços configura-se mais abstrata e subjetiva do que na indústria dos produtos e a abordagem por norma aplicada consiste na medição através das percepções de qualidade do cliente (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988). Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1988) definem a qualidade percecionada como “o juízo do consumidor relativamente à excelência e superioridade de uma entidade” e a qualidade do serviço como sendo “a discrepância entre as percepções dos consumidores sobre os serviços oferecidos por uma determinada empresa e as expectativas em relação às empresas que oferecem esses serviços”. Entenda-se que o consumidor nem sempre reúne as capacidades ou conhecimento de avaliar a qualidade técnica do serviço que adquiriu e que, portanto, poderão existir

diferenças entre a noção de qualidade dos profissionais e dos consumidores (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988). Na conceção da avaliação da qualidade do serviço, Holbrook e Corfman (1985) identificam duas dimensões: a qualidade Mecanística, revertendo para o carácter objetivo de algo ou de um evento, e a qualidade humanística, i.e. a resposta subjetiva das pessoas para objetos, fenómeno altamente relativista que difere entre juízos (cit. por Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988). A escala de mensuração da percepção da qualidade do serviço desenvolvida por Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1988) –denominada por SERVQUAL - foi um marco para a avaliação da qualidade do serviço e é ainda hoje um dos instrumentos mais utilizados para este efeito. No seu estudo de 1988, identificaram 10 dimensões que os consumidores utilizam para avaliar a qualidade do serviço e onde o elevado grau de correlação entre as dimensões originou mais tarde a sua consolidação para 5 dimensões, nomeadamente, Tangibilidade, Confiabilidade, capacidade de resposta, Garantia e Empatia (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988). A percepção da qualidade do serviço é igualmente importante para a qualidade objetiva do mesmo. O feedback reportado pelos consumidores deverá ser considerado um importante instrumento de melhoria de qualidade do serviço. A própria evidência demonstra que a qualidade técnica está positivamente relacionada com a avaliação da qualidade pelo consumidor (Luxford, 2012).

Mital e Lassar (1998) apresentam outra diferenciação relativamente à bidimensionalidade da qualidade do serviço: a (qualidade) técnica que consiste na qualidade dos equipamentos, sistemas de informação, infraestruturas físicas e a competência técnica dos profissionais; e a (qualidade) funcional que depende das capacidades interpessoais e humanas do staff e de uma cultura de serviço centrada no consumidor. O mesmo constataram Bell, Auh, & Smalley (2005), ao verificar que, ainda que tanto a qualidade funcional como a técnica se encontrem positivamente relacionadas com a fidelização, à medida que o consumidor atinge um maior nível de pericia, a qualidade do serviço técnico torna-se um fator determinante mais importante na fidelização do consumidor do que a qualidade de serviço funcional. Esta última constatação acentua a relação interdependente entre a qualidade do serviço e a satisfação. Não obstante, a literatura parece dividir-se em relação ao sentido desta relação, uns defendendo que a satisfação é um antecedente da qualidade do serviço percecionada (Bitner; 1990; Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988) e outros constatando que a qualidade do serviço percecionada é um antecedente da satisfação (Taylor & Baker 1994; Martensen, Gronholdt, & Kristensen, 2000; Cronin, Brady, & Hult, 2000; Ball, Simões Coelho, & Machás, 2004; Kiran & Diljit, 2011).

Independentemente da direção que segue, existe um consenso geral da interdependência dos conceitos de qualidade, satisfação e fidelização. Os consumidores estão satisfeitos com as suas decisões, quando a comparação entre o desempenho de um serviço/produto e as expectativas préconcebidas relativamente ao desempenho desse produto/serviço é positiva (Bitner, 1990).

Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1988), entendem que a qualidade percebida do serviço consiste num “juízo ou atitude global relacionada com a superioridade do serviço, enquanto a satisfação está relacionada com uma específica transição”, sugerindo que os incidentes da satisfação ao longo do tempo resultam em percepções da qualidade do serviço. No mesmo estudo, constatou-se uma relação positiva entre a qualidade do serviço e a vontade de recomendação do consumidor. A esse respeito, é num estudo posterior que os autores enfatizam o impacto da qualidade de serviço nas intenções comportamentais, provando que uma qualidade do serviço superior (medida neste estudo pelo ocorrência de problemas com o serviço e a resolução ou não dos mesmos pela empresa) aumenta a intenção de fidelização e o desejo de pagar um preço mais elevado e reduz a intenção de mudar de prestador e de procurar outras alternativas (Zeithaml, Berry, & Parasuraman, 1996). A visão dos autores supracitados relativamente à percepção da qualidade do serviço, é também a partilhada por Bitner (1990), que considera que esta deriva de cada encontro de serviço entre o prestador e consumidor, durante o qual o consumidor avalia a qualidade e desenvolve o seu juízo sobre o serviço. A seu ver, a satisfação do consumidor depende diretamente da gestão e monitorização dos encontros de serviço, o que irá influenciar as avaliações e percepção do consumidor em relação à qualidade do serviço que lhe é oferecido e, conseqüentemente, também o seu comportamento de fidelização (Bitner, 1990).

Ainda, a boa percepção da qualidade do serviço por parte dos consumidores apresenta ser um fator de atração de clientes com um impacto superior nos resultados económicos e de fidelização da empresa, do que as técnicas de marketing como a publicidade, promoções ou bónus económicos (Izquierdo, Cillán, & Gutiérrez, 2005).

❖ Valor do serviço (percebido)

A avaliação da qualidade do serviço pelo consumidor é apenas uma parte no processo de determinação das intenções de compra do indivíduo. A qualidade do serviço é comparada com os custos relacionados com o serviço e é a base dessa comparação que determina o valor do serviço e, por conseguinte, as intenções comportamentais do consumidor (Lee & Cunnigham, 2001). Esses custos já referidos na presente dissertação são: custos transacionais, custos de mudança e custos económicos. Zeithaml (1988) considera que o valor do serviço percebido consiste na “avaliação global da utilidade de um produto baseada nas percepções do que é recebido e do que é dado”. A autora ainda identifica, do ponto de vista do consumidor, o que considera ser os benefícios -qualidade do serviço percebida, atributos intrínsecos e extrínsecos(conveniência; rapidez) do serviço/produto e outras abstrações relevantes (prestígio, apreciação) – e os sacrifícios – preços monetários e não-monetários (tempo e esforço) - do valor do serviço percebido.

Dyson et al. (1996) explica a importância da percepção do valor, sugerindo que “as marcas existem nas mentes dos potenciais consumidores e o que os consumidores pensam de uma marca em

particular determina o valor que tem para o seu dono” e que “ao colocar valor numa marca, estamos a colocar valor na força e resiliência dessas associações” (Doyle ,1996 cit. por Martensen & Grønholdt, 2003). Os autores sugerem que as escolhas dos consumidores não são apenas racionais, e que portanto, os benefícios emocionais com a marca adicionam um valor extra aos benefícios funcionais do serviço/produto (Martensen & Grønholdt, 2003).

Bolton e Drew (1991) alertam para a variação que poderá existir na avaliação do valor percebido dos consumidores, resultante das diferenças nos custos monetários e não-monetários e das preferências e características do consumidor. Assumindo que o valor percebido pelo consumidor resulta da relação simplista entre a qualidade e o preço, um produto de baixa qualidade poderá ser percebido como sendo de elevado valor, se o respetivo preço for consideravelmente baixo. Quer isto alertar para a existência das várias combinações que poderão ser realizadas entre o preço e qualidade para se atingir o mesmo valor, sendo em último grau as preferências do consumidor a determinar se o valor é alto ou baixo, e por conseguinte, a sua escolha final (Martensen & Grønholdt, 2003).

Como se pode constatar, a definição de valor implica sempre o trade-off entre um benefício e um sacrifício. Assim, para maximizar o valor percebido do consumidor, as empresas terão que aumentar os benefícios (qualidade) ou reduzir os sacrifícios (como o Preço ou o tempo de espera). (Mei-len & Green, 2011)

Zeithaml (1988) sugere que o valor percebido tem um efeito antecedente nas intenções e comportamentos de compra do consumidor. O argumento que sustenta esta afirmação é que no processo de decisão, o consumidor extrai do mercado um número de alternativas que satisfazem os seus requisitos pessoais, e nesse grupo, o produto com o maior valor percebido é aquele que o consumidor irá possivelmente escolher (Martensen & Grønholdt, 2003). Esta proposição é posteriormente validada empiricamente por vários autores, que testemunham a relevância do valor percebido pelo consumidor como um determinante direto das intenções e comportamentos de fidelização (Zeithaml,1988; Bolton and Drew,1991;Cronin, Brady, & Hult, 2000).

Bolton e Drew (1991) vão mais longe, sugerindo que o valor percebido do serviço é um indicador mais enriquecido para medir a avaliação do serviço pelo consumidor do que a qualidade do serviço.

Os três fatores descritos acima são os mais mencionados na literatura e tanto são estudados individualmente como em simultâneo, embora seja recomendado este último, pois caso contrário poder-se-á chegar a conclusões incompletas. (Kiran & Diljit, 2011).

A interação entre estes três antecedentes e a fidelização encontra-se bem documentada na literatura (Taylor e Baker,1994; Zeithaml, Berry, & Parasuraman, 1996;Cronin, Brady, & Hult, 2000; Martensen & Grønholdt, 2003; Bordeau,2005; Kiran & Diljit, 2011).

Cronin, Brady e Hult (2000) apontam as proposições mais consensuais descritas na literatura relativamente a interrelação destes três antecedentes : (1) Satisfação do consumidor é o resultado da percepção do valor recebido , sendo o valor o resultado da qualidade de serviço percebida

relativamente ao preço; (2) O primeiro determinante da satisfação geral do consumidor é a qualidade percebida e o segundo determinante o valor percebido; (3) A satisfação do consumidor é reconhecida por estar altamente associada com o valor, que é baseado, conceptualmente, na fusão de atributos da qualidade do serviço como atributos como o preço. A literatura divide-se no entanto em qual das três variáveis apresenta uma relação mais direta com a fidelização, como demonstram Cronin, Brady & Hult (2000) na sua revisão de literatura.

❖ Confiança

A sugestão desta variável como antecedente da fidelização surge pela presença incontestável do Marketing do relacionamento na literatura e operação da fidelização (Robert & Hunt, 1994; Berry, 1995; Grönroos, 1997; Martensen & Grønholdt, 2003). Considera-se que “as relações são construídas sob o fundamento do compromisso mútuo” (Berry and Parasuraman, 1991 cit. por Morgan & Hunt, 1994). No estudo da confiança, o compromisso tem um papel fundamental, já que se entende que a base para manter uma relação de confiança é o cumprimento de promessas, e neste sentido, se uma promessa não se cumpre perde-se a confiança e o cliente deixará de consumir o serviço a esse prestador (Grönroos, 2007). De acordo com Morgan e Hunt (1994), a confiança é central em todas as relações em que existe uma troca e é um importante determinante do compromisso. Como na teoria das trocas sociais, apenas existe compromisso se houver confiança, pois o compromisso pressupõe vulnerabilidade e risco e a escolha de um parceiro de confiança atenua essas suscetibilidades.

Já foi referida a insuficiência da satisfação por si só para assegurar uma relação a longo prazo do consumidor com um determinado prestador. É necessário também considerar outras variáveis que fortaleçam a retenção do consumidor, como por exemplo a confiança (Ranaweera & Prabhu, 2003). Ranaweera & Prabhu (2003) provam que a confiança não só é um determinante da fidelização, como impulsiona a satisfação para um nível de fidelização, ainda que o contrário não aconteça (clientes podem estar satisfeitos sem que haja confiança). A premissa que se segue é que a partir do momento em que existe confiança num relacionamento, a probabilidade de cada parte em terminar o relacionamento decresce, dados os elevados custos de terminação (Ranaweera & Prabhu, 2003). Sugere-se assim que a confiança está implícita na construção da fidelização, seja indiretamente, ao ser considerado um antecedente da qualidade do serviço (Parasuraman, Zeithmal & Berry, 1988), um benefício social que acresce o valor percebido do consumidor (Martensen & Gronholdt, 2003) ou uma consequência da satisfação (Tax *et al.*, 1998), seja diretamente como um antecedente da fidelização (Gremler & Brown, 1996; Garbarino & Johnson, 1999; Ball, Ranaweera & Prabhu, 2003; Simões Coelho, & Machás, 2004).

Modelos de fidelização

Como já foi referido, existem duas dimensões que constituem a fidelização: Atitudinal e Comportamental. Na literatura ainda se debate se estas duas dimensões têm uma relação causa-efeito

(e se sim, qual dimensão se antecede a outra) ou se apenas se interrelacionam. (Shih-I, 2011) Embora ainda seja discutível a relação entre as duas, a maioria da literatura considera a dimensão atitudinal antecedente à fidelização comportamental (Shih-I, 2011). Jacoby and Chestnut (1978) argumentam que o consumidor deverá passar pela crença, afeição e intenção (etapas da atitude) para ocorrer a verdadeira fidelização à marca (por Bourdeau, 2005). Como tal, existem vários modelos na literatura que procuram compreender o relacionamento entre os fatores de fidelização e estas duas dimensões.

O modelo de Oliver (1993/1999)

Oliver (1999) é grande defensor da teoria que a fidelização atitudinal antecede a fidelização comportamental, recaindo os seus estudos preferencialmente para a dimensão atitudinal da fidelização, de forma a apelar ao carácter psicológico deste fenómeno: “(Fidelização descrita como) *um profundo compromisso de voltar a comprar ou a apoiar consistentemente no futuro um produto/serviço preferido, causando assim um padrão de compra repetitivo pela mesma marca, ainda que as influências situacionais e os esforços de marketing tenham o poder de causar mudanças de comportamento no consumidor*” (Oliver, 1999).

Perante o exposto, Oliver (1997) determina um modelo baseado na dimensão atitudinal para avaliar/medir o grau de fidelização do cliente. A seu ver, a fidelização do cliente segue um percurso de 4 fases : (1) Fidelização Cognitiva (2) Fidelização Afetiva (3) Fidelização conativa e (4) Ação de Fidelização. As três primeiras referem-se a dimensão atitudinal, enquanto a última, incorporada posteriormente à versão original deste modelo, remete para a dimensão comportamental da fidelização.

A teoria que sustenta esta visão assenta no facto de o consumidor ser primeiramente fidelizado cognitivamente, o que acontece quando a informação a que tem acesso relativamente aos atributos da marca (seja por uma experiência recente ou por conhecimento prévio da marca), lhe faz crer que essa marca é preferível às alternativas. O desenvolvimento da fidelização continua à medida que se acumula a satisfação do cliente, ao usufruir os produtos/serviços da marca, dando lugar a um sentimento de compromisso, originando a segunda fase do seu percurso, a fidelização Afetiva. A principal diferença entre esta fase e a anterior é que a primeira está sujeita a variações, dada a mudança de sentimentos que poderão surgir. Seguidamente, surge a fase de fidelização conativa, i.e., quando o compromisso com a empresa já está tão fortalecido que surge no consumidor o desejo de envolver-se em ações que emitam efeitos positivos para a empresa, como por exemplo a compra repetitiva de produtos/serviços da marca. Note-se que esta fase apenas inclui a intenção de um comportamento, e não o comportamento *per se*. Como sugere a sequência do controlo de ação, a intenção de comportamento descrita na fase anterior é transformada para a prontidão em agir, e portanto a 4ª e última fase é a ação de fidelização. Nesta fase, é sugerido que a intenção

comportamental de ação vem acompanhada pelo desejo de ultrapassar obstáculos que possam evitar essa ação. A ação de fidelização resulta da simbiose de ambas. (Oliver, 1999)

Bordeau (2005) recriou a metodologia de Oliver (1999) para perceber quais os antecedentes e consequências de cada fase de fidelização. Os resultados do estudo do autor aplicados no setor da saúde, nomeadamente de fidelização ao médico, apresentam-se na tabela abaixo.

Quadro 1 - Quadro adaptado dos resultados do estudo de Bordeau (2005): Antecedentes e consequências das fases de fidelização de Olivier(1999)

Quadro 1-Quadro adaptado dos resultados do estudo de Bordeau (2005): Antecedentes e consequências das fases de fidelização de Olivier(1999)

Antecedentes	Fases de Fidelização	Consequências
satisfação, valor percebido, confiança, risco percebido	Cognitiva	Identificação, exclusividade ao prestador, recomendação a terceiros, força da preferência
Qualidade do serviço total, satisfação e confiança	Afetiva	Identificação, recomendação a terceiros, força da preferência e maior percentagem de gastos em produtos/serviços da marca no orçamento do cliente (<i>share of wallet</i>)
Qualidade do serviço percebida, satisfação, confiança e justiça processual	Conotativa	Identificação, recomendação a terceiros, exclusividade ao prestador, força de preferência
qualidade do serviço total, satisfação, , confiança, justiça distributiva	Ação	exclusividade ao prestador e maior percentagem de gastos em produtos/serviços da marca no orçamento do cliente (<i>share of wallet</i>)

O modelo de Dick e Basu (1994)

Da mesma maneira que Olivier (1999), Dick e Basu (1994) procuravam conceptualizar a interação entre a dimensão atitudinal e comportamental e demonstrar como a combinação dos seus efeitos afeta a fidelização. Definem a fidelização do consumidor como “a força do relacionamento entre a atitude relativa de um individuo e um comportamento repetitivo de compra” (Dick & Basu, 1994). Neste sentido, os autores sugerem que a fidelização é a relação entre a atitude relativa de um consumidor para uma entidade (marca /organização) e a compra repetitiva a essa entidade, sendo a primeira a causa da posterior. Por atitude relativa, os autores consideram se tratar da representação da associação entre um objeto e uma avaliação e que esta atitude é influenciada por fatores cognitivos (acessibilidade, confiança, centralidade e clareza), afetivos (emoção, estado de humor, satisfação) e conativos (custos de mudança, custos irrecuperáveis e expectativa). A atitude de diferenciação é também considerado por estes autores um pré-requisito para uma elevada atitude relativa, i.e. a fidelização verdadeira pressupõe que o consumidor seja capaz de diferenciar o prestador/ serviço entre as alternativas (Dick & Basu, 1994).

Em suma, o seu modelo considera que estes fatores determinam a atitude relativa do consumidor pela marca, que por sua vez determina o comportamento de compra repetitiva à marca, e que a combinação

dessa atitude e comportamento geram por sua vez os benefícios da fidelização, como resistência à persuasão da concorrência e comunicação passa-a-palavra. Os autores não excluem o impacto que os fatores externos poderão ter nesta interação, incluindo assim no seu modelo as normas sociais (percepção de terceiros como influência do comportamento do consumidor) e os fatores situacionais (por exemplo, incentivos para mudança de preferência por uma marca, como por exemplo a existência de promoções em marcas concorrentes ou esgotamento do stock da marca a que se encontra fidelizado) como moderadores da fidelização. (Dick & Basu, 1994)

Um dos objetivos dos autores era que este modelo pudesse identificar o nível de “lealdade” dos consumidores que, por sua vez, iria permitir prever a probabilidade de retenção ou de deserção do consumidor. (Dick & Basu, 1994)

Esta tipologia diferencia os consumidores em 4 grupos de fidelização, resultantes da interação entre a dimensão atitudinal (atitude relativa) e comportamental (compra repetitiva) do consumidor:

- Forte atitude de fidelização + forte comportamento de fidelização = Fidelização verdadeira
- Forte atitude de fidelização + fraco comportamento de fidelização = Fidelização Latente
- Fraca atitude de fidelização + forte comportamento de fidelização = fidelização espúria
- Fraca atitude de fidelização + fraco comportamento de fidelização = Não fidelização

A aplicação empírica desta tipologia é rara, dada a dificuldade em medir a atitude relativa. O estudo de East, Sinclair e Gendall (2000), no contexto da área dos supermercados, revelou a inadaptação deste modelo à realidade, já que das 4 análises desenvolvidas apenas uma constatou que a combinação das dimensões atitudinal e comportamental produz efeitos de fidelização. Também constataram que os 4 grupos de fidelização supramencionados não preveem a probabilidade de retenção ou deserção do consumidor (East, Sinclair & Gendall, 2000).

Já no segundo estudo destes autores, aplicado no mercado bancário, onde os custos de mudança de prestador são mais elevados, validou a conceptualização de Dick e Basu (1994). Neste estudo, consumidores com um maior nível de “lealdade” estão mais predispostos a comprar mais dos mesmos serviços e de serviços adicionais da marca e têm uma probabilidade mais baixa de deserção. Para consumidores não fidelizados acontece exatamente o oposto (Garland & Gendall, 2004).

Importante para a aplicabilidade da tipologia de Dick e Basu (1994) foi o estudo desenvolvido por Jensen & Hansen (2006), com o intuito de apresentar uma medição da atitude relativa e investigar a relação entre esta e o comportamento de compra repetitiva. Neste estudo, a importância da atitude relativa para a fidelização da marca é comprovada, demonstrando empiricamente que um aumento de atitude relativa resulta num aumento de comportamento de compra repetitivo. Os resultados revelaram que *“consumidores com uma elevada atitude relativa estão menos propensos a procurar outras escolhas, mais resistentes a situação de esgotamento de stock e a ofertas da concorrência, e consequentemente mais predispostos a manterem-se fieis à sua marca usual.”* (Jensen & Hansen,

2006) Também é comprovado que a atitude relativa influencia a resistência a fatores situacionais, tal como Dick e Basu(1994) tinham proposto (Jensen & Hansen, 2006).

O modelo ECSI (European Customer Satisfaction Index)

Este modelo, chamado de modelo ECSI (European customer satisfaction index), é um modelo inspirado pelas experiências de sucesso da medição da satisfação do consumidor na Suécia e nos Estados Unidos da América (Martensen, Gronholdt & Krinstensen, 2000). Atualmente, a credibilidade deste modelo em avaliar a satisfação do consumidor e os seus antecedentes está bem documentada, tendo sido aplicada com sucesso em vários países e em várias indústrias. (Martensen, Gronholdt, & Kristensen, 2000; Ball, Simões Coelho, & Machás, 2004)

No modelo ECSI são testadas as relações existentes entre as variáveis latentes, concluindo que todas se interrelacionam, diretamente ou indiretamente. São identificadas como determinantes diretos da satisfação o valor percebido, as expectativas do consumidor e a qualidade percebida. Determinantes diretos do valor percebido são as expectativas do consumidor, a imagem percebida da empresa e a qualidade percebida. A Imagem da organização e a satisfação do consumidor são neste modelo os únicos determinantes diretos da fidelização (Ball, Simões Coelho, & Machás, 2004)

A percepção de qualidade poderá encontrar-se conceptualmente dividida em dois conceitos: qualidade do produto(qualidade dos atributos do produto) e qualidade do serviço (interação do consumidor com o serviço, como por exemplo, o comportamento do staff e a atmosfera do serviço). (Martensen, Gronholdt, & Kristensen, 2000; Cassel & Eklöf, 2001) Neste caso, ambos os conceitos são determinantes diretos do valor percebido, mas a qualidade do serviço é também um determinante direto da satisfação do consumidor (Martensen, Gronholdt, & Kristensen, 2000).

À medida que a investigação neste campo evolui, também aumenta a necessidade de atualizar este modelo, onde vários autores sugerem uma extensão do mesmo. Ball, Simões Coelho e Machás (2004) consideram que deverão ser incluídas variáveis do marketing do relacionamento, dada a sua influência para a fidelização dos consumidores, nomeadamente, de consumidores com um retorno para a empresa superior. Sugerem a introdução das variáveis comunicação e confiança, comprovando empiricamente a significância dos seus efeitos com as variáveis existentes no modelo (Ball, Simões Coelho, & Machás, 2004). O seu estudo no contexto da indústria bancária revelou que a comunicação, juntamente com a satisfação, são as variáveis que têm uma maior influência em explicar a fidelização, tendo a confiança uma menor explicação para a fidelização (Ball, Simões Coelho, & Machás, 2004).

Existem várias versões do modelo ECSI, onde se incorpora ou exclui variáveis ao modelo tradicional, consoante as tipicidades do mercado em questão.

Benefícios resultantes da fidelização

- ❖ Benefícios para a Organização

As vantagens para a empresa provenientes da fidelização de clientes são inúmeras. A fidelização ganhou principal interesse quando o estudo desenvolvido por Reichheld e Sasser (1990) comprovou que a retenção de clientes origina rentabilidade e que com a retenção de apenas 5% dos seus clientes origina aumentos nos lucros de 25% a 125% (Reichheld e Sasser, 1990 cit. por Reichheld, Markey, & Hopton, 2000 e Bowen & Chen, 2001). Esta constatação explica-se pela consequente redução de custos de marketing e operacionais e pelo aumento de vendas (Bowen & Chen, 2001).

Uma carteira de clientes fidelizados evita á empresa custos de aquisição de novos clientes, nomeadamente custos de publicidade, de vendas, custos de demonstração do serviço, custos de apoio técnico, custos de tempo despendido em explicar os procedimentos a novos cliente, custos de negócios sem sucesso durante o processo de aprendizagem do cliente e custos de criar novas contas para novos clientes (Reichheld, 1996 ; Mittal & Lassar, 1998 cit. Peppers and Rogers,1993).

Mas a verdadeira criação de valor é a originada pelo próprio cliente. Um cliente fidelizado é aquele que nutre um sentimento de pertença com os empregados, serviços e produtos de uma empresa, e que consequentemente traduz esses sentimentos pela empresa em comportamentos de compra dos seus produtos/serviços (Shih-I, 2011).

Por essa razão, permanece com a empresa por mais tempo, apresenta um padrão de compra repetitivo e gradual, uma menor sensibilidade ao preço, compra serviços adicionais da marca e rejeita os serviços da concorrência (Reichheld, 1996). Como afirmam vários autores é um cliente financeiramente mais económico para a empresa³, já que à medida que os lucros ganhos pelo mesmo cliente vão aumentando ao longo do tempo, os seus custos vão reduzindo. (Berry, 1995; Reichheld,1996; Barksy,1994 cit. por Mittal & Lassar, 1998; Souki,2006;).

Gremler & Brown (1996),sugerem que um comportamento de exclusividade ao prestador é também uma atitude de fidelização, pois os verdadeiros clientes fidelizados nem sequer consideram prestadores alternativos ou tomam atenção às ofertas da concorrência.

Ainda, um cliente fidelizado torna-se o mais fidedigno promotor da marca, uma vez que recomendam e defendem os serviços e encorajam terceiros a utiliza-los (Esteves, 2011). A recomendação tem um impacto significativo no comportamento do potencial cliente, tornando este tipo de comunicação uma fonte altamente credível e com um impacto tão substancial como a comunicação em massa (Yi,1990 cit. por Gray, 2007). Na perspetiva do prestador, a recomendação de clientes a terceiros é um ferramenta de comunicação sem custos inerentes, substituindo necessidades de comunicação com o seu público que implicariam elevados custos de publicidade e promoção. Esta vantagem interessa principalmente às organizações prestadoras de cuidados de saúde, uma vez que se trata de um setor com uma procura impossível de prever e que, nesse contexto, a fidelização deverá medir-se não tanto pelo retorno destes mas pela recomendação que os pacientes fazem a terceiros (Gray, 2007).

³ *Fica cinco vezes mais barato manter os clientes que já conquistámos do que sair à procura de novos*” (Souki,2006)

Considera-se por comunicação passa-a-palavra as comunicações informais direcionadas a outros consumidores sobre o proprietário, os seus vendedores ou sobre o uso ou características de um determinado serviço/ produto (Westbrook, 1987 cit. por Gremler & Brown, 1998). Gremler e Brown (1998) ainda acrescentam a esta definição o facto de ser dada por alguém que não irá ter nenhum ganho monetário ao fazê-lo. Murray (1991) constatou que a comunicação passa-a-palavra é a principal fonte de informação que os consumidores utilizam para escolher um serviço. Principalmente, quando estamos a falar de um serviço em que existe uma incerteza em relação ao resultado esperado, como é o caso dos serviços médicos ou legais, e que pode ser atenuado por conselhos de amigos ou familiares. (por Gremler & Brown, 1998)

O efeito que a fidelização tem na comunicação passa-a-palavra apresenta um crescimento proporcional, i.e., à medida que o grau de fidelização do cliente aumenta (medido por duração do relacionamento, dinheiro investido e número de serviços utilizados por um prestador), também o número de recomendações aumenta. (Gremler & Brown, 1998).

Dessas recomendações, a empresa não só ganha novos clientes, como também ganha clientes potenciais a fidelização, já que clientes fidelizados ou experientes do serviço tendem a apresentar os pontos fortes e fracos da empresa de uma maneira mais precisa e credível do que um anúncio publicitário ou vendedor. Clientes que recorrem a um serviço por recomendação de terceiros, estão à partida mais predispostos em ser fidelizados ao prestador do que clientes que compram serviços por outros meios de comunicação. (Reichheld, 1996; Gremler & Brown, 1998)

Como já foi referido, a construção de um relacionamento forte é especialmente importante no setor dos serviços, seja pelo enfoque interpessoal, seja pela falta de medidas objetivas para avaliar a qualidade do serviço. (Czepiel, 1990 cit. por Gwinner, Gremler, & Bitner, 1998)

Neste contexto, a qualidade do serviço é muitas vezes confiada na relação a longo prazo que mantêm com o prestador, podendo esta representar a credibilidade, integridade e competência do mesmo (Berry, 1995).

Sumariando e citando Shih-I (2011) , um cliente fidelizado é aquele *“com um sentimento de identificação pela empresa ou marca tão significativo que afeta as suas intenções de compra, de quantidade de dinheiro despendido, possibilidade de recomendação e mesmo desejo de fazer parte do negócio”*. Este desejo de fazer parte do negócio é particularmente interessante para o contexto que se desenvolve esta dissertação.

Clientes fidelizados também poderão contribuir para a criação de valor como recursos humanos (Bettencourt, 1997; Bowen & Chen, 2001). Especialmente no setor dos serviços, os prestadores deverão interagir eficazmente com os consumidores durante os seus encontros, para criar um valor superior ao serviço produzido (Kotler & Armstrong, 2000). Nos seus estudos, Dai (2002) e Forouzandeh & Ahmadi (2010) constataam que a cooperação é um fator influente na fidelização do cliente. Clientes fidelizados têm uma maior disposição em participar em ações de cooperação

benéficas para ambos os parceiros envolvidos, do que clientes que não se encontram fidelizados (cit. por Lam *et al.*, 2004).

Essa ideia foi retratada por Bettencourt (1997), que a nomeou por *desempenho voluntário do consumidor*, defendendo que um consumidor fidelizado apresenta um comportamento mais participativo para a qualidade do serviço em questão. Aqui os programas de fidelização poderão ser cruciais para o cliente adquirir um sentimento de pertença com a empresa.

A relação entre fidelização e cooperação poderá ser explicada pelo fato de que clientes com um elevado sentimento de compromisso com o prestador estão mais propensos em comunicar problemas do serviço e apresentar soluções que satisfaçam mais as suas necessidades. Aqui os programas de fidelização poderão ser cruciais para o cliente adquirir um sentimento de pertença com a empresa (Bettencourt, 1997). Outra explicação, dada por Gremler and Brown (1998) é que consumidores fidelizados, pela sua experiência e conhecimento íntimo adquirido ao longo do tempo com o prestador, têm a capacidade de contribuir para a coprodução do serviço, nomeadamente, em forma de consultores do processo de prestação do serviço.

Também é verdade que, ao encararem-se como parceiros ou empregados da empresa, os clientes considerem uma parte natural do seu “trabalho” a partilha da sua experiência a terceiros. Quanto mais uma organização incutir aos seus clientes o sentido de compromisso e de identificação à empresa, maiores são as probabilidades de estes envolverem-se em comportamentos que criem valor para a organização (Gremler and Brown, 1998).

A criação de laços num relacionamento com o cliente é destacada por vários autores (Berry, 1995; Gremler e Brown, 1998) que consideram como benefícios sociais, o sentido de familiaridade, confiança, reconhecimento pessoal, apoio social, amizade e harmonia na comunicação que acontece entre o cliente e o prestador, mas também entre clientes (Berry, 1995). Como defende Gremler e Brown (1998), em certos serviços os clientes poderão servir de mentores e incentivadores a outros clientes e fornecer benefícios sociais tanto a consumidores como a empregados. (Gremler and Brown, 1996)

É evidência constatada que a amizade “comercial” existente entre prestador e consumidor influencia positivamente a satisfação, fidelização, expectativas da qualidade do serviço e incentiva a comunicação passa-a-palavra (Price & Arnould, 1999; Bowen & Chen, 2001).

Estes benefícios sociais originados pelas trocas interpessoais, alimentam necessidades humanas básicas (como o desejo de se sentir importante), o que, consequentemente, tem um impacto no sentido de pertença com a organização, tanto por parte dos clientes como dos empregados. Consumidores repetitivos tendem a estar satisfeitos com o valor que recebem e a sua satisfação é uma fonte de orgulho e motivação para os empregados. Por sua vez, empregados motivados mantêm-se por mais tempo com a empresa, o que faz com que a fidelização dos consumidores seja um veículo para a fidelização dos empregados (Reichheld, 1996).

Ademais, o relacionamento pessoal-profissional que se cria entre cliente e prestador, permite obter um maior conhecimento do cliente em relação às suas necessidades e preferências, facilitando a personalização do serviço às especificidades do cliente (Berry, 1995).

Concluindo, é possível constatar que os benefícios da fidelização de clientes para a organização mais mencionados na literatura são:

- a) Comportamento de compra repetido a longo prazo do mesmo serviço e de serviços adicionais
- b) Menor sensibilidade ao preço
- c) Maior sentido de preferência pelo consumidor/ maior inércia à mudança de prestador
- d) Consideração exclusiva
- e) Redução de custos de preparação, vendas e marketing
- f) Recomendação a terceiros e consequentemente referenciação de novos clientes para a organização
- g) Sentido de Identificação com o prestador de serviços
- h) Coprodução/ cocriação do serviço
- i) Benefícios sociais entre clientes e cliente-prestador (Orientação pelo serviço;Amizade ;Motivação)

Alguns investigadores, consideram que estes resultados advindos da fidelização poderão ser organizados em hierarquia, refletindo o nível de fidelização do consumidor pela organização (Bordeau, 2005 cit. Narayandas 1998, Petterson and Ward 2000, White and Schneider 2000).

❖ Benefícios para os clientes

Para incentivar os clientes fidelizados a manterem o seu comportamento e para reafirmar o seu compromisso com a organização, as organizações deverão recompensar os clientes que constantemente recomendam o seu serviço a terceiros e que têm um comportamento de compra repetitivo (Gremler and Brown, 1998).

Quer isto dizer que esta relação comercial, deve seguir a teoria das trocas sociais, ou seja, quando uma parte oferece ganhos a outra, essa parte deverá compensar (Forozandeh & Amadi, 2010). Extrapolado para o marketing do relacionamento, quando uma empresa fornece um serviço/produto que satisfaz as necessidades do consumidor, este, em retorno, deverá compensar a empresa com benefícios, e vice-versa (Forozandeh & Amadi, 2010). A longo prazo, o maior benefício que o cliente retribui a organização será a sua fidelização, pelo que para atingir tal patamar os prestadores e profissionais de marketing deverão focar-se nos fatores que influenciam a perceção que o consumidor tem do seu relacionamento com a organização (Forozandeh & Amadi, 2010).A estes benefícios dá-se o nome de benefícios relacionais, i.e., benefícios que os clientes recebem pelos relacionamentos de longo prazo que mantêm com a organização, para além do serviço-base (Gwinner, Gremler & Bitner, 1998).

Em serviços com uma grande complexidade e variabilidade na qualidade (por exemplo serviços médicos, hoteleiros ou seguradoras), muitos clientes apresentam o desejo de ter um relacionamento de confiança a longo prazo com um determinado prestador, uma atitude pró-ativa no serviço e de personalizar a maneira como o serviço lhe é prestado (Berry, 1995).

A personalização do serviço ao cliente, é uma estratégia do marketing do relacionamento como antecedente e consequência da fidelização. Um cliente que se mantém ao longo dos anos com o mesmo prestador, possibilita um maior conhecimento do estilo do cliente. Um cliente fidelizado beneficia de uma adaptação do serviço às suas necessidades e preferências (Berry, 1995).

A confiança gerada pela fidelização, é certamente um benefício para o cliente, já que reduz a natureza de incerteza e vulnerabilidade para com o serviço (Berry, 1995).

Segundo Gremler e Brown (1998) as organizações deverão recompensar a fidelização dos clientes através:

1. Reconhecimento pessoal e público ao consumidor
2. Descontos no preço que não estão disponíveis a outros clientes
3. Outro tipo de recompensas como upgrades de serviços, rapidez no check-in e serviços adicionais
4. Compensar diretamente os clientes cujas suas recomendações resultaram em novos clientes para a organização

Através da fidelização, os clientes beneficiam em termos de maior valor, melhor qualidade e maior satisfação com as suas aquisições (Izquierdo, Cillán & Gutiérrez, 2005).

Fidelização no setor da Saúde

O setor de saúde é um setor em custos crescentes. Isto, tanto pelas mudanças demográficas da sociedade como pelos avanços tecnológicos, os quais implicam elevados investimentos e geram mais serviços médicos, mais custos de prescrição e prémios mais elevados pelas seguradoras (Ferguson & Brohaugh, 2007). Também, o aumento da despesa na saúde, a ferocidade da concorrência e a dinâmica que se assiste neste setor, levou a que os prestadores de serviços adotassem estratégias de fidelização, para uma rentabilidade a longo prazo e outros benefícios já supracitados (Esteves, 2011). São vários os hospitais, que começam a ter os seus programas de fidelização, permitindo aos pacientes optar pela maneira como comunicam com o hospital ou mesmo criando um programa de saúde para os pacientes, com avaliações periódicas, com recompensas para os que se mantêm mais saudáveis. Desta forma, vêm os seus custos de tratamento reduzidos e apresentam melhores resultados clínicos (Ferguson & Brohaugh, 2007).

Os conhecimentos generalistas da fidelização de serviços descritos nos pontos anteriores podem ser extrapolados para o contexto da saúde. A literatura defende que as instituições de saúde deverão procurar atingir a satisfação e a fidelização dos seus pacientes com a mesma dedicação com que fazem as empresas de outros setores (Fisk *et al.*, 1990; Piper, 2005). Neste setor, também a qualidade, o valor,

a satisfação e a confiança são antecedentes interligados da fidelização, que se pode comprovar nos trabalhos de Mittal & Lassar (1998) (a qualidade funcional do serviço influencia a satisfação e a qualidade técnica do serviço influencia a fidelização), Jaipul e Rosenthal (2003) (relação positiva entre resultados clínicos e satisfação) , Choi *et al.* (2004) (Relação entre as 4 variáveis: Qualidade do serviço é um antecedente de valor, satisfação e intenções de comportamentos de fidelização, enquanto o valor é um antecedente da satisfação e de intenções de comportamentos de fidelização), Gray (2007) (Impacto positivo das dimensões da qualidade do serviço e das dimensões da satisfação na fidelização), Naidu (2009) (relação positiva entre qualidade e satisfação) , Moliner (2009) (Confiança e Satisfação são os principais antecedentes de fidelização, e o valor funcional percebido um influente da confiança e da satisfação), Mortazavi *et al.* (2009) e Kessler & Mylod (2011) (impacto positivo da satisfação na fidelização), Suki & Suki (2011) (satisfação, confiança e compromisso mostram uma relação positiva com a fidelização). Também neste setor se constata os mesmos benefícios resultantes da fidelização (Fisk *et al.*, 1990; Moliner, 2009; Anbori *et al.*, 2010).

Não obstante, algumas características do setor de saúde intensificam as características existentes no setor dos serviços e já referidas na presente dissertação. Por se tratar de um serviço com atributos maioritariamente intangíveis, assiste-se a uma maior dificuldade do consumidor em avaliar a qualidade do serviço experienciado, o que irá influenciar a sua satisfação e fidelização (Mortazavi *et al.*, 2009). Convém aqui realçar o resultado do estudo de Mittal & Lassar (1998) em perceber que especificamente no setor da saúde, a qualidade técnica percebida tem um maior impacto para a fidelização, enquanto a qualidade funcional assume um maior impacto para a satisfação. As interações sociais têm também um impacto mais forte na satisfação e fidelização do paciente, onde a credibilidade, segurança e confiança são fortes condicionantes da percepção do paciente (Mortazavi *et al.*, 2009).

Ainda, o setor da saúde apresenta características únicas a qualquer outro serviço, que poderão constituir barreiras à mudança de prestadores pelo paciente (JONES & Sasser, 1995).

Primeiro, o paciente, com exceção dos *check-ups*, geralmente recorre aos serviços de saúde quando se encontra na condição de paciente, o que faz com que a fidelização na saúde não possa ser medida necessariamente pela frequência de visitas num determinado período, mas a regularidade do contacto (Roberge *et al.*, 2001).

Segundo, existe neste setor uma “Relação de agência”, que transmite a assimetria de informação que existe na relação entre o paciente e o médico por estabelecer-se num regime de contratação de serviços desigual (McColl-kennedy *et al.*, 2009). Em virtude da sua condição de paciente, de falta de formação, conhecimento ou experiência, o consumidor dos serviços médicos vê-se obrigado a delegar ao profissional de saúde a sua competência de decidir que produtos consumir e em que quantidade (Lucena, Gouveia & Barros, 1996; Moliner, 2009). O “poder discricionário” do médico implica muitas vezes que os consumidores lhe deleguem a escolha do segundo prestador (Hospital/especialista),

seguindo a sua recomendação (Lucena, Gouveia & Barros, 1996), ainda que esteja provado que pacientes que reportam participar ativamente na escolha do Hospital, são mais propensos a ser clientes fidelizados (Fisk *et al.*, 1990).

Terceiro, a saúde é em grande parte dos países considerado um direito constitucional, suportado por um serviço nacional de saúde resultante de um esquema de financiamento que tem como filosofia a solidariedade social, já que os cuidados a grupos de maior carência económica ou de saúde serão, de uma maneira generalizada, suportados por toda a população. No caso de Portugal a rede do serviço nacional de saúde condiciona os seus utentes por referenciação, impedindo-lhes assim a sua liberdade de escolha (Entidade Reguladora da Saúde, 2011). No caso de o paciente optar por um seguro voluntário privado, as seguradoras também poderão ser influentes nesta decisão, nomeadamente nos modelos convencionados, onde o assegurado tem acesso apenas a uma determinada rede de prestadores (Comissão Para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional De Saúde, 2007). Posto isto, constata-se que a presença de vários agentes no setor da saúde (médico, tipo de sistema de saúde e seguradora) poderá influenciar a escolha do consumidor e consequentemente, o seu comportamento de fidelização (Jones & Sasser, 1995; Lucena, Gouveia, & Barros, 1996).

Outro fator que poderá criar uma fidelização “falsa” é a conveniência, no sentido em que quando o paciente inicia o tratamento num hospital tende a terminar o tratamento no mesmo hospital (Jones & Sasser, 1995). Isto porque em vários locais apenas existe uma instituição de saúde ou um prestador a uma distância conveniente para o paciente (Jones & Sasser, 1995). Talvez por estas barreiras Cronin, Brady, & Hult (2000) tenham testemunhado no seu estudo que, ao contrário dos outros serviços, no setor de saúde não foi possível provar que a satisfação é um determinante direto das intenções comportamentais de fidelização.

Roberge *et al.* (2001) documentaram que no setor de saúde, é compreensível e aceite por ambas as partes que o paciente irá consultar outros médicos em alturas de emergência, e que tal não coloca em causa o sentimento de fidelização ao prestador, desde que aconteça num regime ocasional e que o médico regular continue a ser o prestador prioritário quando surgem problemas de saúde. Também testemunharam que ao contrario do que seria recomendado, pela indisponibilidade ocasional dos médicos e para uma maior continuidade da informação, os pacientes tendem a se tornar mais fidelizados aos médicos do que a uma instituição de saúde (Roberge *et al.*, 2001).

Não obstante, as instituições de saúde deverão assumir uma posição competitiva e reunir esforços para manter os seus pacientes satisfeitos. Jones e Sasser (1995) constatam que, embora num determinado momento existam barreiras que impossibilitem ou dificultem a mudança do paciente, a uma determinada altura ou circunstância (aquisição de um seguro voluntário, mudança de seguradora ou outras situações que poderão desencadear uma maior liberdade de escolha concedida ao paciente) o paciente tem poder de escolha e aí a sua satisfação tem o principal impacto na sua retenção à instituição, ao invés de fatores situacionais.

De acordo com um estudo que recolheu a opinião dos pacientes e médicos, ambos concordam que o comportamento de fidelização do paciente é influenciado por fatores como o compromisso de ambas as partes, a confiança do paciente no médico e a qualidade do relacionamento interpessoal entre estes dois intervenientes (Roberge *et al.*, 2001).

Importância da participação do paciente para a fidelização e seus antecedentes

A era da globalização veio provocar mudanças drásticas na maneira como as indústrias operam e o setor da saúde não saiu incólume (Schroth & Khawaja, 2007). A melhoria no acesso público à informação, nomeadamente através da internet e ao aumento de grupos de entajuda pelos pacientes, permitiu atenuar a assimetria de informação entre o paciente e os profissionais em saúde, tendo agora estes que se confrontar com pacientes dotados de maior conhecimento e portanto mais exigentes (Truog, 2012). A facilitação na mobilidade entre países, permitiu ao público uma maior liberdade de escolha por prestadores de saúde internacionais e um maior termo de comparação (The NHS Confederation, 2008). Isto gerou que os pacientes começassem a exigir ser tratados como clientes, impondo uma maior eficiência e qualidade dos serviços que consomem (Pralhad & Ramaswamy, 2004). A participação do paciente para o tratamento dos cuidados da sua saúde sempre foi necessária para atingir os resultados clínicos finais (Lucena, Gouveia, & Barros, 1996). No entanto existe agora uma maior consciência pelo planeamento da sua saúde, onde esperam transparência da parte do médico para discutirem em conjunto os riscos e colher benefícios das diferentes modalidades de tratamento (Pralhad & Ramaswamy, 2004). Os pacientes compreendem as suas funções de colaboração e partilha de informação sobre o seu estado de saúde neste relacionamento médico-paciente e os médicos também consideram que os pacientes devem expressar as suas expetativas de forma clara, para que possam prestar os serviços da forma desejada pelo paciente (Roberge *et al.*, 2001). Neste sentido, as instituições de saúde têm atribuído uma maior valorização à sua opinião, embora ainda se trate de um assunto de muita controvérsia, onde se questiona a capacidade dos pacientes em avaliar a qualidade dos cuidados que lhe estão a ser prestados (Luxford, 2012). É importante perceber que a qualidade técnica dos cuidados clínicos é apenas uma dimensão da qualidade da instituição de saúde. A qualidade física (Comodidades, estrutura física, decoração, acessibilidade) e interpessoal (entre profissionais de saúde e entre profissional de saúde e paciente) são duas dimensões igualmente contributivas para a qualidade dos cuidados e que, enquanto a qualidade técnica poderá ser difícil para os pacientes a avaliarem, relativamente às outras dimensões são os pacientes os que mais assumem uma perspetiva realista e imparcial (Luxford, 2012). Por outro lado, a contribuição do paciente é também fulcral para a gestão da sua doença, pois apenas este sabe a sua experiência com a doença, as suas circunstâncias sociais, hábitos, comportamentos e atitudes de risco, valores e preferências (Coulter, 1999). Confrontando-se com um procura muito mais

participativa, as organizações de saúde têm sido pressionadas a mostrar uma maior *Accountability*⁴ (Prahalad & Ramaswamy, 2004). Prova disso é a crescente tendência de implementação de programas de acreditação hospitalar e de certificação dos profissionais, com vista a assegurarem aos pacientes a qualidade e segurança dos serviços da organização (Mortazavi *et al.*, 2009).

O nível de satisfação do paciente é por norma o indicador utilizado para avaliar a qualidade de uma instituição. O problema deste método é o seu carácter subjetivo, o que implica que a avaliação de determinados cuidados prestados seja determinada por juízos individuais que refletem as expectativas e conhecimentos do paciente e não a qualidade do serviço prestado (Crow *et al.*, 2002). Nesta matéria, muitos são os estudos que reportam que a satisfação dos pacientes equivale a experiência vivida com a instituição hospitalar. Já outros autores defendem que o nível de satisfação reportado é mais influenciado por fatores externos à qualidade do serviço do que pela experiência do paciente, nomeadamente, o nível de educação, personalidade, estado de saúde reportado e as expectativas do indivíduo (Bleich, Ozaltin, & Murray, 2009). Berry e Bendapuli (2010) alertam-nos para o fato que, contrariamente a outros serviços, o serviço de saúde é algo que os consumidores precisam para a melhoria da sua saúde, mas algo que muitas vezes não querem, o que poderá dificultar o papel de colaboração do paciente, como é o caso de o paciente ter de parar de beber ou fumar. Na existência destes casos, em que para a melhoria da sua saúde o paciente é contrariado, os autores questionam se a avaliação de satisfação do consumidor é o melhor indicador para refletir a qualidade de um serviço não desejado, mas necessário. Neste sentido, a avaliação da qualidade da instituição pelo nível de satisfação dos pacientes poderá causar certos reveses, uma vez que, por exemplo, um indivíduo com as expectativas mais baixas seguramente irá ficar mais satisfeito do que um paciente que chega a instituição com altas expectativas (Bleich, Ozaltin, & Murray, 2009). No seu estudo, Haggerty (2010) revela que quando questionados pela sua satisfação geral com os cuidados de saúde que lhes foram prestados, apenas 4,6% da variação dos níveis de satisfação resultou da diferença entre os procedimentos (experiência do paciente). Contrariamente, quando questionados sobre a sua experiência relativamente ao tempo que normalmente esperam por uma consulta, mais de 20 % da variação resultou da diferença entre serviços (Haggerty, 2010). Noutro estudo, os autores constataram que 92,4% da variação das respostas reportada por medidas de avaliação da satisfação, era explicada ao nível do paciente e não do serviço, nomeadamente idade, sexo, etnia e estado de emprego (Salisbury, Wallace, & Montgomery, 2010). Através dos seus resultados, os autores contestam a eficácia de medidas de satisfação em diagnosticar a qualidade do serviço. A seu ver, a experiência do paciente, é o método em que as instituições se devem focar para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que medidas relacionadas com a experiência do paciente são mais

⁴ Termo de origem Inglesa, utilizada para referir “a responsabilidade, a obrigação e a responsabilização de quem ocupa um cargo em prestar contas segundo os parâmetros da lei, estando envolvida a possibilidade de ónus, o que seria a pena para o não cumprimento dessa diretiva” (Pinho & Sacramento, 2009)

eficazes a discriminar a diferença entre os procedimentos e práticas do que medidas de satisfação, atenuando assim as subjetividades entre os pacientes supra referidas. (Bleich, Ozaltin, & Murray, 2009; Salisbury, Wallace, & Montgomery, 2010). Também, apresenta ser uma medida que melhor captura e impulsiona a *accountability* do sistema de saúde (Bleich, Ozaltin, & Murray, 2009). A experiência do paciente poderá ser facilmente reportada, perguntando às pessoas sobre a sua experiência em determinados aspetos da prestação dos cuidados ou mesmo de todo o sistema de prestação do serviço (Crow *et al.*, 2002). Engnström (2012) apresenta um meio mais extensivo de medir a experiência do paciente através da recolha de diários dos pacientes. No contexto real, a comparação de resultados hospitalares permitiu perceber que hospitais que reportam elevados resultados no inquérito da experiência do paciente, são também aqueles que apresentam melhores resultados nos indicadores clínicos (Luxford, 2012). Para efeitos de fidelização, o estudo desenvolvido por Mckinsey (cit por. Grote, Newman, & Sutaria, 2007) conclui que apenas 20% de pacientes com seguro escolhem a instituição de acordo com a sua reputação clínica, enquanto 41% tomam a sua decisão com base na experiência do paciente. Não obstante, a satisfação do consumidor deverá continuar a ser reportada, dada a sua importância para os resultados de saúde (pacientes satisfeitos reportam melhores resultados clínicos e são mais cooperativos) e porque na falta de uma escolha alternativa, como nos casos de uma fidelização “falsa”, a voz é o único método para mostrar desagrado ou preferências do consumidor aos prestadores (Crow *et al.*, 2002). Independentemente da escolha de metodologia de avaliação, é inquestionável a importância do feedback e da envolvência do paciente como determinante para a melhoria da qualidade dos serviços, dos resultados clínicos, económicos e de marketing e da imagem da própria instituição (Luxford, 2012). A cocriação vem dar um novo rumo ao conceito de envolvimento do paciente, já que se baseia na experiência vivida dos pacientes para identificar e melhorar os serviços prestados, o que consequentemente guiará a maiores níveis de satisfação dos consumidores (Engnström, 2012).

Cocriação

Introdução à lógica do serviço dominante do Marketing e os seus princípios

O marketing foi construído sob o pilar da ciência económica, o que o fez herdar um modelo conceptual de troca de produtos tangíveis com valor (utilidade) inerente (lógica dominante do produto) (Vargo & Lusch, 2004). À medida que a produção se moveu da exploração familiar para fábricas, o que gerou o afastamento do produtor e consumidor, o marketing surgiu como um distribuidor dos bens produzidos, onde a manipulação dos 4 P's do marketing-mix (Preço, local, distribuição e Promoção) permitia que as empresas maximizassem a utilidade do seu produto e criassem uma vantagem competitiva (Lusch, Vargo, & O'brien, 2007). Os serviços eram maioritariamente considerados ou como um tipo especial de produto ou como um quinto “P” do marketing-mix que maximiza o valor dos produtos (Lusch, Vargo, & O'brien, 2007). Mas como Dixon (1990) reparou “*Se o marketing é*

*considerado ser o processo que adiciona propriedades à matéria, então não poderá contribuir para a produção de “bens imateriais”(serviços)” (Lusch, Vargo, & Morgan, 2006) .No entanto, o que era pouco perceptível era a noção de que o que realmente era trocado era intangível, i.e. ,a aplicação do conhecimento e capacidade num produto ou serviço (Vargo & Lusch, 2004). Neste sentido, o marketing começou a afastar-se da ideia de um mercado de troca de bens tangíveis e a aproximar-se da ideia de um mercado de troca de capacidades intangíveis e especializadas, conhecimentos, interações e processos (Vargo & Lusch, 2004). A rigidez de um marketing com um modelo económico e dominante do produto, obrigou a que fossem surgindo disciplinas afastadas dessa lógica para satisfazer necessidades do próprio mercado, como o marketing de serviços e o marketing de relacionamento (Ballantyne *et al.*, 2008). Grönroos (1994) verificou a existência de uma mudança de paradigma no marketing, partindo de uma abordagem centrada na troca e no marketing-mix, para uma focada no marketing de relacionamento e marketing de rede. No seu artigo (1997), Grönroos questiona o conceito tradicional da transação do produto, considerando-a demasiado simplista, e que “a gestão das estruturas dos recursos e das competências de uma organização deverão ser consideradas e compreendidas para se conseguir apresentar soluções que criem valor para o consumidor num contexto de marketing de relacionamentos” (Grönroos, 1997).Assistindo a esta fragmentação de ideologias de marketing, rapidamente se apercebeu a necessidade de remodelar o modelo de marketing de lógica transacional do produto para uma lógica adequada tanto para os serviços como para os produtos (Vargo & Lusch, 2004).*

Esta transição, que ocorreu nas economias industriais e no marketing, também teve repercussões no modelo de criação de valor. Inicialmente seguia uma abordagem orientada para o prestador (Porter,1985) que, mais tarde foi contestada por uma abordagem orientada para o consumidor (McKinsey & Co, 1988), a qual envolvia o processo de segmentação do mercado em atributos que os consumidores valorizam; de avaliação de oportunidades em cada segmento para oferecer um valor superior; e de seleção da proposição de valor que irá otimizar essas oportunidades. Estes últimos autores defendiam que para uma empresa assegurar uma vantagem competitiva não bastava apenas escolher a proposição de valor⁵ certa, mas também como entrega-la e comunica-la (cit por Ballantyne *et al.*, 2008).Embora diferentes, ambas as abordagens sustentam a lógica dominante do produto, uma vez que ambas enfatizam a criação de valor apenas pela empresa, a entrega de valor por parte do prestador para o consumidor e a ideia convencional que o marketing é o processo que acrescenta valor ao valor que já existe no produto, e que portanto não contribui na produção do mesmo (Vargo & Lusch, 2004; Ballantyne *et al.*, 2008). Seguiu-se o trabalho de Normann & Rodríguez (1993), argumentando que o valor não é criado numa forma de cadeia sequencial, mas na forma de uma

⁵ “Uma promessa implícita que uma empresa faz aos consumidores em entregar uma determinada combinação de valores – preço, qualidade, Desempenho, Seleção, conveniência, entre outros.” (Treacy and Wiersma ,1995 cit . por Ballantyne, Varey, Frow, & Payne, 2008)

constelação, onde diferentes atores económicos, incluindo o consumidor, interagem para coproduzirem valor. Ainda, sugerem que no mercado atual não existe serviços ou produtos mas antes “ofertas” que surgem através de um processo integrado de valor. Desmistifica-se então o papel do consumidor como um simples recetor de valor. A sua interpretação de cadeia de valor assume que o consumidor é um criador de valor e não um destruidor de valor, tornando-se a oferta um *input* do processo de criação de valor (ou seja, *valor-em uso* , termo que irá ser explicado mais tarde). (Michel, Vargo, & Lusch 2008). Do ponto de vista da procura, esta também tem vindo a mudar ao longo do tempo. Os consumidores estão atualmente mais dotados de conhecimento, mais independentes das organizações para efetuar as suas escolhas e mais conectados entre si (Prahalad & Ramaswamy, 2004). Esse conhecimento tornou os consumidores mais rigorosos na avaliação do valor que tem para si as transações com a empresa. Não estando totalmente dependentes da comunicação da empresa, pois a comunicação entre consumidores é também uma fonte fidedigna de informação, os consumidores escolhem as organizações que se querem relacionar com base nas suas próprias perspetivas de como o valor deve ser criado, uma vez que são os principais utilizadores(Prahalad & Ramaswamy, 2004). Quer isto dizer, que os consumidores estão mais interessados em negociar com a organização como é que o bem/serviço transacionado poderá ser criado para que possam retirar maior utilidade, do que pagar por uma oferta final pré-fabricada (Prahalad & Ramaswamy, 2004).Com base nas recentes mudanças do mercado, nomeadamente, o aumento da capacidade de separar, transportar e trocar informação, o aumento da especialização e das contratações em *outsourcing*, um maior *empowerment* por parte do consumidor e, apoiados nos desenvolvimentos teóricos de outros autores (Grönroos,1997; Normann,2001; Prahalad e Ramaswamy, 2003;). Vargo & Lush (2004) introduziram uma reforma do modelo tradicional de marketing que intitularam de lógica dominante do Serviço (Lógica S-D).Note-se que o termo “Serviço” neste titulo, não pretende indicar uma supremacia dos serviços relativamente aos produtos. Daí, que aquela palavra se encontre no seu singular, não se referindo às unidades produzidas mas significando sim o processo primário de fazer algo por alguém, dominador comum das trocas tanto na industria dos produtos como na dos serviços (Lusch & Vargo, 2006b). Os autores definem como Serviço “ *a aplicação de competência (conhecimentos e capacidades) por uma entidade para o beneficio de outra*” (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008). A ideia a reter é que o serviço é a “peça” dominante, sendo os bens, organizações, redes de parceiros e o capital apenas intermediários (Lusch & Vargo, 2006b).

Esta lógica considera que o marketing é “uma série contínua de processos económicos e sociais com um largo enfoque nos recursos operantes que a empresa se esforça constantemente para fazer melhores proposições de valor do que os seus concorrentes” (Vargo & Lusch, 2004). Nesta abordagem, o marketing deixa de ter um papel secundário para ser o principal locomotor, uma vez que os autores acreditam que a criação de valor advém de um enfoque da firma nas suas competências principais, que por sua vez obriga a trabalhar fora dos limites organizacionais (parceiros com capacidades e

conhecimentos específicos, canais intermediários) e um enfoque na comunicação, envolvimento, compromisso e aprendizagem coletiva (Vargo & Lusch, 2004). Neste sentido, as empresas são simultaneamente colaboradoras e competitivas e o papel do marketing torna-se crítico, não só na gestão dos relacionamentos em rede com parceiros que também se focam nas suas competências principais, como também assegura que os processos da gestão do desenvolvimento do produto, da gestão da cadeia de distribuição e da gestão do relacionamento com o consumidor se encontram orientados para o mercado e centrados no consumidor (Lusch, Vargo, & Wessels, 2008). Numa era em que as empresas contratam outras empresas para realizar processos que não são o seu *cuore-business* e assim focarem-se nas suas competências principais, o marketing torna-se o integrador desta rede, que desenvolve capacidades em pesquisa, estabelecimento de preços, distribuição, publicidade, promoção e recruta outros membros para adicionar novas capacidades e conhecimentos à rede (Vargo & Lusch, 2004). Sendo a principal missão da empresa a aplicação de principais competências para o benefício do consumidor, o papel do Marketing é a identificação e desenvolvimento dessas competências principais, e posiciona-las como proposições de valor que oferecem uma potencial vantagem competitiva (Vargo & Lusch, 2004). Para atingir tal objetivo, o marketing tem que ser encarado como a filosofia da cultura organizacional, uma vez que a capacidade de construção de relacionamentos torna-se elementar, não só para o marketing, mas para toda a empresa, em que todos os empregados são considerados prestadores de serviços que têm como ultimo objetivo satisfazer o cliente e todos são encorajados em refletir a proposição de valor da organização (Vargo & Lusch, 2004). Como Moorman e Rust (1999) nos elucidam, as organizações estão a mudar de uma organização de funções de marketing para uma organização de processos de marketing (cit. por Vargo & Lusch, 2004). O marketing atual relaciona a personalização massificada e o marketing de relacionamento, proporcionando um ambiente para um envolvimento proactivo do consumidor no processo de criação de valor (Prahalad & Ramswamy, 2000).

Os autores consideram como premissas fundamentais desta abordagem centrada no serviço as seguintes:

1. Serviço é a base fundamental das trocas.

Esta é a premissa mais antecedente da economia: “Os serviços são trocados por serviços” (Bastiat, 1964 cit. por Vargo, Lusch & Morgan), uma vez que os indivíduos não criam matéria, mas transformam-na através do serviço num estado que possa proporcionar satisfação ao consumidor final (Vargo, Lusch & Morgan, 2006). Os autores defendem que as capacidades e conhecimentos especializados são o principal fundamento da troca e, em consequência, representam o potencial da vantagem competitiva de uma empresa. A seu ver, uma vantagem competitiva derivada das competências da empresa contribui largamente para o valor percebido pelo consumidor (Vargo & Lusch, 2004). Esta premissa vem também estender a teoria de Grönroos (1997) que defendia que, para gerir a criação de valor num contexto de

relacionamentos, obriga a que a organização se foque nos seus recursos (incluindo conhecimento e informação) bem como as suas competências em adquirir e gerir estes recursos (Grönroos, 1997).

2. As transações indiretas encobrem a base de troca fundamental

Os sistemas de marketing verticais, burocráticos e hierárquicos, com uma elevada departamentalização matricial, permitiram um aumento significativo na eficiência da organização. No entanto, esta descentralização dos processos na cadeia de serviço (em que a distribuição e a produção podem ser feitas por organizações diferentes), afetou a interação direta da organização com os seus consumidores finais, gerando uma perda de sentido do propósito da prestação do serviço e de enfoque no cliente. Assim, como o serviço é prestado através de combinações complexas de bens, dinheiro e instituições, estas transições indiretas acabam por encobrir a verdadeira natureza da troca, i.e., capacidades por capacidades ou serviços por serviços (Vargo & Lusch, 2008).

3. Os bens são mecanismos de distribuição para a prestação de serviços

Os bens não são o denominador comum da troca. O denominador comum é a aplicação de conhecimento especializado, capacidades mentais e físicas, que poderão ser transferidas diretamente, através de educação e treino ou indiretamente por inserção em objetos (Vargo & Lusch, 2004). Esta última, uma matéria incorporada com conhecimento, é uma aplicação para o desempenho dos serviços, substituindo o serviço direto. Como refere Norris (1941), as pessoas querem bens porque eles proporcionam serviços, como é passível de perceber que o uso de lâminas de barbear substitui os serviços de uma barbearia (Vargo & Lusch, 2004). Também é verdade que os bens são adquiridos com o último intuito de atingir estados como a felicidade, segurança, realização, autoestima, ou seja, satisfações que vão além das associadas às funções básicas do produto. Neste sentido, os bens são assim vistos como mecanismos de distribuição para os serviços ou providenciadores de satisfação para necessidades superiores (Vargo & Lusch, 2004).

4. Recursos operantes são a fonte fundamental para uma vantagem competitiva

O conhecimento é considerado o fundamento para a vantagem competitiva e crescimento económico de uma empresa. Isto porque o conhecimento humano dificilmente é passível de ser imitado pela concorrência e é através do uso de informação ou conhecimento, aplicado juntamente com o conhecimento de outros membros da cadeia de serviço, que a empresa consegue oferecer uma maior proposição de valor para o consumidor (Vargo & Lusch, 2004). Os autores defendem assim que o principal fluxo da cadeia de serviços é a informação, pois desta dependem os relacionamentos com os fornecedores, a identidade da marca, a fidelização do consumidor e do empregado e os custos de mudança (Vargo & Lusch, 2004).

5. Todas as economias são economias de serviço

A micro especialização e a subcontratação de empresas para a realização de processos e atividades internas numa empresa de manufaturação, criou dúvidas no que se considera uma empresa de serviços e uma empresa de produtos. O ponto em comum de todas as economias é a sua micro especialização, na expansão e aprofundamento de um tipo de competência que pode ser trocado. O denominador comum é o aprofundamento e troca de conhecimentos e capacidades e, á medida que a especialização aumenta, reconhece-se que a noção de economias de serviço adequa-se melhor ao que é considerado a unidade de troca (Lusch & Vargo, 2006) A necessidade base dos consumidores é o desempenho de atividades físicas e mentais para o seu próprio benefício, ter outros que desempenhem essas atividades por eles ou ter bens que os ajudam para desempenhar essas atividades. O que realmente precisam é um serviço que satisfaça as suas necessidades (Vargo & Lusch, 2008).

Também Grönroos (1996) considera que qualquer organização que adota uma estratégia de relacionamentos (componente central no contexto da lógica do serviço) torna-se uma empresa de serviços.

6. O consumidor é sempre um cocriador de valor

Do ponto de vista desta lógica que considera o marketing um processo contínuo, o consumidor está sempre envolvido na produção de valor. Mesmo na produção de bens tangíveis, a produção é um processo intermediário que só termina quando o consumidor aprender a usar, manter, reparar e adaptar esse bem às suas necessidades únicas ou ao momento que tem utilidade. Neste sentido, um produto por si só não tem valor inerente, apenas tem potencial de valor que o consumidor juntamente com os seus recursos poderá criar valor (Vargo & Lusch, 2004).

7. A empresa não pode entregar valor, mas apenas oferecer proposições de valor

A empresa apenas pode fazer proposições de valor, uma vez que segundo esta lógica é o beneficiário final que determina o valor e participa na sua criação ao longo do processo de coprodução. A transição do valor potencial para um valor real que satisfaça necessidades, é realizada pelo consumidor através da cocriação. A empresa apenas pode esforçar-se em fazer proposições de valor melhores que os seus concorrentes, mas não pode criar e entregar valor independentemente (Vargo & Lusch, 2004).

8. Uma perspetiva centrada no serviço é inerentemente orientada para a relação com o consumidor

O fundamento principal desta lógica é a inseparabilidade da oferta e do consumidor. Da literatura dos serviços, emergiu os conceitos de marketing de relacionamento e da importância da interação pelo que uma perspetiva centrada no serviço deverá ter no centro a relação e interação com o consumidor. Todas as trocas beneficiam de um relacionamento entre os seus beneficiários, que representam promessas e seguranças que essa troca irá originar uma prestação de serviços de valor por um longo período de tempo. A prestação de serviço e a própria cocriação implica que esta

troca seja relacional. O que antecede e precede a transação no relacionamento da organização com o consumidor é mais importante que o momento da troca *per se*, pois uma perspectiva centrada no serviço é participativa e dinâmica, e consequentemente, a prestação do serviço é maximizada por este processo bilateral de aprendizagem contínua (Vargo & Lusch, 2004).

Mais tarde, os autores adicionaram também as seguintes premissas:

9. Todos os atores sociais e económicos são integradores de recursos

Esta premissa fundamental dizia inicialmente que “ (As) Organizações existem para integrar e transformar competências microespecializadas em serviços complexos exigidos pelo mercado” (Vargo & Lusch, 2004).

O propósito de existência das organizações é a integração e transformação de recursos em serviços exigidos pelo mercado. Uma vez que a vantagem competitiva segundo esta lógica deriva de recursos como o conhecimento e das capacidades da organização, esta deve ter a consciência de que os seus empregados são recursos operandos valiosos, criadores e regeneradores de conhecimento e capacidades que permitem maximizar o valor da sua oferta (Lusch, Vargo, & O'brien, 2007). No entanto, com base no artigo de Arnould (2007), aperceberam-se que todas as entidades económicas (indivíduos, agregado familiar) são recursos integradores, e não apenas a organização, e é esta aplicação de recursos integrados únicos que constitui e motiva a troca económica. Assim, de modo a incluir todas as entidades económicas, os autores optaram por denominar as partes envolvidas em relações de troca de “atores económicos e sociais” (Vargo & Lusch, 2008). Esta premissa consiste em realçar o conceito de uma rede de vários atores sociais e económicos no contexto de criação de valor. Se, na lógica dominante do produto, os recursos são apenas adquiridos, na lógica dominante do serviço os recursos são criados e integrados e as resistências são removidas (Lusch, Vargo, & Wessels, 2008). Sob esta perspetiva, todos os participantes (consumidores, fornecedores, empregados, parceiros) contribuem para a sua criação de valor e para a de terceiros, desaparecendo a distinção entre consumidor e prestador e a noção de que o beneficiário do serviço não é um destruidor de valor, mas um criador (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008).

10. O valor é sempre unicamente e fenomenologicamente determinado pelo beneficiário

Esta premissa foi adicionada pelos autores para uma maior compreensão da natureza experimental do conceito de valor (Vargo & Lusch, 2008). Citando os autores “(O) Valor é idiossincrático, experiencial, contextual e de elevado significado” (Vargo & Lusch, 2008). Esta premissa alerta para o fato de que o serviço deve ser customizado as necessidades holísticas de cada consumidor, pois apenas o utilizador sabe como o serviço poderá ser produzido para lhe proporcionar maior utilidade.

Existem vários pontos importantes a serem destacados nesta lógica. O primeiro ponto que a diferencia da apresentada anteriormente, é a distinção que os autores fazem de recursos operandos e operantes.

Sob a lógica centrada no produto, os bens e recursos físicos, considerados recursos operandos, são a unidade de troca principal e o seu valor (utilidade) encontra-se intrínseco no objeto e é determinado na altura da sua utilização. O próprio consumidor é considerado um recurso operando, i.e., um recurso onde se atua e que é selecionado, segmentado, promovido, distribuído e tentado a continuar a consumir (Lusch, Vargo, & O'brien, 2007). Por outro lado, a lógica dominante do serviço visiona o consumidor como um recurso operante, i.e., um recurso capaz de agir sobre outros recursos, um parceiro colaborador que cocria valor com a organização (Lusch, Vargo, & O'brien, 2007). Ainda, sugerem que o consumidor é sempre o cocriador do seu próprio valor, uma vez que após a compra do serviço, ainda têm que desempenhar uma série de atividades para que a oferta proporcione o valor pretendido (Humphreys & Grayson, 2008). Esta nova perspetiva eleva o conceito de marketing orientado para o consumidor /mercado, uma vez que implica a colaboração e aprendizagem com os consumidores e a adaptação da empresa as suas necessidades dinâmicas e individuais. Os autores sugerem que a organização deverá cultivar os relacionamentos que envolvem os clientes no desenvolvimento de proposições de valor personalizadas e competitivas de modo a ir ao encontro das suas necessidades específicas (Vargo & Lusch, 2004). Este argumento já era sustentado por Grönroos (1997), que considerava a noção de um produto final com características que os consumidores procuram como uma ideia muito simplista. A seu ver, no início do relacionamento ou durante um determinado momento deste relacionamento contínuo, a organização não sabe que recursos deverão ser usados ou como deverão ser configurados (Grönroos, 1997).

O segundo ponto de diferenciação diz respeito à distinção de *valor-em-troca* e *valor-em-uso* inicialmente teorizada por Karl Marx em 1867. Segundo este autor, o que diferencia os papéis de produtor e consumidor não é a criação de valor, mas se a atividade de criação de valor produz *valor-em-troca* ou *valor-em-uso* (cit. por Humphreys & Grayson, 2008). Para este, o *valor-em-troca* de um objeto é o seu valor equivalente em outra comodidade de outro tipo, como por exemplo, o valor em troca de 5 litros de leite equivale a dois quilos de galinha, pois ambos têm o mesmo valor monetariamente (cit. por Humphreys & Grayson, 2008). Mas os produtos têm também um valor diferente ao definido monetariamente pelo mercado, que diz respeito à utilidade intrínseca que o produto oferece a quem o compra. O *valor-em-uso* existe para uma pessoa quando um produto satisfaz diretamente as suas necessidades e, portanto, só é percebido no ato do consumo (Humphreys & Grayson, 2008). Na ótica da lógica do produto, o conceito de valor é o *valor-em-troca*, onde o valor encontra-se inserido no produto e é oferecido ao consumidor pela empresa (Vargo & Lusch, 2004). Contrariamente a esta abordagem, os autores defendem que nesta perspetiva centrada no serviço o valor é definido e cocriado com o consumidor ao invés de ser embebido no produto (Vargo & Lusch, 2004). Quer isto dizer que o valor não é entregue na altura da aquisição do *output*, mas criado na altura da interação entre os principais atores (prestador e consumidor) (Vargo & Lusch, 2004). Segundo estes autores, a experiência do serviço é a base para a entrega do valor, ainda que esse valor derive dos

produtos ou da interação direta com outra parte. Esta afirmação também é defendida por Grönroos (2000) que argumenta que o foco não deverá ser na distribuição de um valor pronto a utilizar, mas no processo de criação de valor, onde este emerge do consumidor e é percebido por ele, e que, se assim for, então o valor para os consumidores é criado pelo relacionamento com o consumidor e que acontece nas interações entre este e o prestador de serviços. O valor é assim *valor-em-uso*, termo que para Vargo e Lusch (2004) significa uma “*apreciação comparativa de capacidades recíprocas ou serviços que se trocam para obter utilidade*”. Neste contexto, o fator preço é substituído pela cocriação de uma proposição de valor, exatamente como a sétima premissa indica: a empresa nunca poderá adicionar valor, apenas poderá oferecer proposições de valor, já que o valor é percebido e determinado pelo consumidor, sob o conceito do *valor-em-uso* (Vargo & Lusch, 2004).

Os consumidores cocriam valor através da integração dos recursos do prestador, mas também cocriam através da integração de recursos com terceiros externos ao prestador, ou mesmo sozinhos (McCull-Kennedy *et al.*, 2012).

Desta lógica, Ballantyne *et al.* (2008) retiram que “*as preposições de valor podem ser trabalhadas como promessas provisionais de valor recíproco, e se as partes envolvidas assim o desejarem, são cocriadas ao longo do tempo, sendo o valor determinado mais tarde, no uso*”. Quer isto dizer que as proposições de valor são uma base para que o prestador e consumidor possam trabalhar em conjunto a longo prazo, de modo a gerar benefícios para ambos (Ballantyne *et al.*, 2008). Assim, como Gummesson (2007) nos elucida, o termo “Serviço” é nesta lógica sinónimo de valor, uma vez que o prestador oferece uma proposição de valor, mas a atualização desse valor só é realizada durante o processo de consumo / utilização do consumidor. Terceiro, a lógica S-D é um conceito interativo, onde todos os parceiros são simultaneamente cocriadores e beneficiários de valor (Lusch & Vargo, 2006b). A interação e relacionamentos em rede têm um papel central na criação de valor, como se encontra implícito nas premissas fundamentais 1,6, 8 e 9 e na ideia dos autores que o marketing é um processo económico e social, integrador de recursos (principalmente do conhecimento) dos vários atores da sociedade (Lusch & Vargo, 2006b). A ideia económica da divisão do trabalho (Smith, 1776) e os resultados de eficiência originados, reforçou a atitude de um marketing que separa o produtor do consumidor, em que apenas se encontram na transação do valor e o consumidor deve ser persuadido para que a empresa consiga extrair o maior valor dessas transações (Prahalad & Ramaswamy, 2004; Lusch & Vargo, 2006a). Mas Lusch e Vargo (2006a) argumentam que, com a especialização do trabalho, os indivíduos ficam mais dependentes e conectados entre si. Citando os autores, “Ambas, a extensão de mercado e a densidade da rede de interconexões, são uma função da divisão de trabalho na sociedade” (Lusch & Vargo, 2006a). Neste contexto, faz sentido argumentar que e contrariamente à crença da lógica dominante do produto, os ambientes externos não são incontrolláveis, mas recursos que deverão e poderão apoiar o processo, após as resistências serem ultrapassadas (Lusch & Vargo, 2006a). O marketing deve deixar de se direccionar “para” o consumidor e parceiros e começar a

desenvolver-se “com” os consumidores e parceiros (Lusch & Vargo, 2006a). Subentendido na premissa 7 está que as empresas podem oferecer a aplicação dos seus recursos para a criação de valor e, colaborativamente, criar valor pela aceitação das proposições de valor (Vargo & Lusch, 2008). Também consagrada no estudo de Ballantyne *et al.*, (2008) está esta premissa, onde se pode ler que a comunicação entre os participantes de uma rede de relacionamentos cocria valor através da confiança, aprendizagem e adaptação. Vargo, Maglio, & Akaka (2008) adotam o termo *Sistema de serviço* para retratar as organizações, indivíduos ou grupos como um “conjunto de recursos(incluindo pessoas, tecnologia , informação, etc.) ligados a outros sistemas por preposições de valor” com o objetivo “de fazer uso dos seus recursos e dos recursos de outros para melhorar a sua circunstancia e a de outros”. Segundo estes autores, os sistemas de serviço cocriam valor e dependem dos recursos de outros sistemas para sobreviver. A ideia de que todos os atores ativos, que apliquem recursos e trabalhem em conjunto com outros de uma maneira mutualmente benéfica, sejam considerados sistemas de serviço, permite ter uma ideia mais compreensiva da relação entre *valor-em-troca* e *valor-em-uso* no contexto de cocriação de valor (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008). Os sistemas aceitam entre si preposições de valor e cocriam valor de modo a gerar *valor-em-uso*, que será mais tarde transitado em *valor-em-troca* a outro sistema, para que este possa cocriar com outros sistemas *valor-em-uso*(Vargo, Maglio, & Akaka, 2008).

Prahalad e Ramswamy (2004) alertam que as indústrias estão a ficar cada vez mais competitivas e as ofertas mais homogênicas, pelo que, para se diferenciarem sem ser pela redução do preço, as empresas deverão proporcionar interações personalizadas e de alta qualidade que permitam aos consumidores cocriar experiências únicas com a empresa. Segundo estes autores, a função do prestador é proporcionar um ambiente para que o consumidor possa cocriar a sua própria experiência (Prahalad e Ramswamy, 2004). A base para um valor único para o consumidor é a sua experiência, que é contextual, e a qualidade dessa experiência depende do “ambiente” que o prestador proporcionar. O mercado passa assim a ser regido não por produtos, nem por serviços, mas por experiências, uma estratégia das organizações para criar uma relação emocional com o consumidor e, consequentemente, uma diferenciação intangível e inimitável pela concorrência (Azevedo, 2009). A função do prestador é proporcionar recursos para facilitar o processo de cocriação da experiência do consumidor (Prahalad e Ramswamy, 2004). Os autores consideram que a base desta experiência de cocriação entre prestador e consumidor é o diálogo e a transparência e acesso à informação, que potenciam o consumidor a avaliar os riscos e benefícios de cada decisão (Prahalad e Ramswamy, 2004). A cocriação vem assim alterar a hierarquia de gestão, ao proporcionar um ambiente colaborativo e influente em que todos os membros da criação de valor participam na inovação do serviço (Schutz, 2011). De acordo com Sanders e Simons(2009) existem três tipos de valor gerados por atividades de cocriação: valor monetário, valor em uso/experiência e valor social, sendo que todos se encontram interligados, podendo uma atividade

de valor social proporcionar também valor de experiência. A primeira, diz respeito à cocriação que resulta em valor monetário para a empresa e que pretende ser uma abordagem inovadora de eficiência e rentabilidade. Este tipo de cocriação é por norma de curto-prazo e não requer necessariamente o contato direto entre o prestador e o consumidor (Sanders & Simons, 2009). O valor da experiência defende a perspectiva de Prahalad e Ramaswamy (2004) em que não existe valor até a oferta ser experimentada e refere-se a atividades de cocriação em que os consumidores são transformados em utilizadores, com o objetivo de personalizar as experiências dos consumidores e para a organização ir ao encontro dos verdadeiros desejos e necessidades do consumidor. Finalmente, atividades de cocriação com valor social, indica as atividades que pretendem arranjar soluções e satisfazer aspirações de longo-prazo, humanísticas e sustentáveis. Por norma, envolve a participação de peritos e de consumidores e exige interações pessoais diretas e de longo prazo (Sanders & Simons, 2009).

Definição de Cocriação

A noção de um consumidor ativo e participativo, em vez de um recipiente passivo do serviço, foi identificada ao longo do tempo por vários autores (McColl-kennedy *et al.*, 2012). A primeira referência de envolvimento do cliente em atividades que eram tradicionalmente consideradas da responsabilidade da firma provém do conceito de autosserviço, referido na literatura por vários autores como Bowen e Jones (1985), Cermark, File & Prince (1994) e Chase (2010). Na altura, o principal interesse da participação do consumidor num modelo de autosserviço devia-se sobretudo ao aumento de produtividade que este processo gerava (Chase, 2010). É em meados dos anos 80, que os académicos começam a teorizar a participação do consumidor nos serviços (pela sua característica de simultaneidade da produção e consumo) e a constatar empiricamente os benefícios adicionais que poderiam advir dessa colaboração, como por exemplo uma maior satisfação do consumidor, melhor qualidade do serviço e maior fidelização (Cermark, File, & Prince, 1994). Cermark, File e Prince (1994) distinguem envolvimento do consumidor e participação do consumidor como conceitos diferentes, sendo o primeiro a relevância pessoal ou importância de um produto para o consumidor e a participação os comportamentos do consumidor relacionados com a especialização e prestação do serviço. Silpakit e Fisk (1985) consideravam que a participação dos consumidores reflete o papel ativo do consumidor, que inclui as atividades de fornecimento de recursos e ações do consumidor e não apenas a sua presença ou contato com os empregados do serviço no encontro para a prestação do serviço (cit. por Sweeney & Chew, 2000). Grönroos (1997) também avançou esta ideia através do marketing de relacionamento, assumindo que um conjunto de recursos prefabricados não era suficiente para a criação de uma boa perceção de valor pelo consumidor. A ideia sustentava que o consumidor pode ser considerado um membro temporário da organização, como um parceiro que fornece ideias para a melhoria do serviço (Bettencourt, 1997) e que constitui um recurso dos processos da organização (Grönroos, 1997). O fenómeno da cocriação do consumidor encontra-se relacionado com um elevado número de conceitos já bem documentados, como ostenta o quadro 2, sendo talvez um dos

mais conhecidos e referenciados na literatura o termo coprodução (Ostrom, 1996 ; Wikstrom,1996). Na altura da sua aparição, a coprodução referia-se à colaboração do consumidor na realização de uma unidade de produção, com o intuito de adicionar valor ao produto durante o processo de produção, e portanto, um termo ainda bastante associado a uma lógica dominante do produto (Lusch & Vargo, 2006a). Payne, Storbacka & Frow (2008) enunciam 5 fatores que caracterizam o termo cocriação (1) o envolvimento emocional dos consumidor através da publicidade e de atividades promocionais (2) o autosserviço, onde existe uma transferência de trabalho para o consumidor (3) onde a oferta proporciona uma experiencia e o consumidor é parte desse contexto (4) o consumidor tem poder na seleção dos conteúdos da oferta, utilizando os processos prescritos pelo prestador para resolver um problema em particular. Não obstante, Lusch e Vargo (2006a), criadores da logica dominante do serviço, consideram a coprodução uma das componentes da cocriação de valor, nomeadamente quando existe colaboração entre consumidor ou parceiros da rede de valor e prestador na altura da criação da oferta, como é o caso do *codesign*, da colaboração no processo de invenção de novas ofertas ou na produção partilhada de bens/serviços. Ainda que o termo “cocriação de valor” tenha sido referenciado esporadicamente no passado, Prahalad e Ramswamy (2003) usaram-no extensivamente no seu artigo para sugerir que esta poder-se-ia estender para fora dos limites da relação dual consumidor-prestador. Esta ideia foi adotada por Vargo e Lusch (2004), e, embora o conceito de criação de valor com o consumidor não seja nova, o que é inovador na lógica dominante do serviço é a conceptualização de que o valor é determinado pelo beneficiário no processo de consumo (e não no processo de produção) (Lusch & Vargo, 2006b) e o reconhecimento de que as organizações apenas fornecem uma parte do processo de criação de valor do consumidor, sendo a restante derivada por outras fontes (McColl-Kennedy *et al.*, 2012). Ainda que o presente estudo enfatize o conceito de cocriação sob a teoria da lógica dominante do serviço, convém salientar que existem também outras teorias que têm como fundo o conceito da cocriação como é o caso da perspetiva de “*Inside Track*” na teoria de crescimento da firma de Penrose (1959) (cit. por Devisarvitaham,2012), a perspetiva baseada nos recursos de Zander & Zander (2005) (cit. por Devisarvitaham,2012), o modelo de envolvimento da cadeia de valor do consumidor (Mascarenhas et al.;2004) e a Lógica Dominante do consumidor (Heinonen, Strandvik, & Mickelsson, 2010). Os conceitos da cocriação definidos por vários autores ao longo do tempo, encontram-se retratados na tabela em apêndice B.

Quadro 2-Termos associados ao conceito de cocriação referenciados pela literatura

Termos associados ao conceito de cocriação	
Participação do consumidor	Chase (1978) Zheitmal (1980); Mills e Morris (1986), Goodwin & Redford (1993) Cermak, File e Prince (1994)
Interação do consumidor	Richins(1981) Wikstrom (1996) Gruner and Homburg (2000) Gummesson (2003)

Prosumers	Toffler (1980) Kotler (1986)
método do utilizador líder	Von Hippel (1986)
codesenvolvimento	Anderson and crocca (1993)
Envolvimento do consumidor	Lakksonen (1994);Cermak, File e Prince (1994) Pitta et all. (1996)
coprodução	Ostrom (1996); wilkstrom (1996)
Cooptação das competências do consumidor	Prahalad and Ramaswamy (2000)
Inovação Aberta	Chesbrough (2003)
Crowdsourcing	Howe (2006)

Benefícios da cocriação

A cocriação gera resultados tangíveis e intangíveis (Vargo & Lusch, 2004). O resultado tangível é a solução customizada e focada no consumidor que advém desta colaboração entre o consumidor e o prestador (Devisarvitaham, 2012). Também, o envolvimento do consumidor permite obter melhores resultados operacionais, nomeadamente, melhorando a qualidade técnica e a rapidez de inovação no processo de desenvolvimento do produto (Carbonell, Rodríguez-Escudero, & Pujari, 2009). Dos benefícios para a empresa, a cocriação permite a criação de duas vantagens competitivas: ganhos de produtividade por via de uma maior eficiência (através da minimização de custos e redução de risco de falha ou rejeição do serviço pelo mercado) e uma maior eficácia (pelo aumento do valor do produto/serviço, da inovação, das capacidades apreendidas no processo de cocriação e um maior conhecimento das necessidades do consumidor) (Hoyer *et al.*, 2011). Também Prahalad e Ramswamy (2003;2004) sugerem que a cocriação de valor através da criação de experiências personalizadas permite potenciar a sua quota de mercado e rentabilidade. Mas outros resultados intangíveis surgem desta relação e do conhecimento adquirido nas suas interações. Não só o prestador adquire um conhecimento mais profundo das necessidades e preferências do seu público, como é sugerido pela literatura que a cocriação aumenta o nível de força do relacionamento, confiança e satisfação do consumidor pelo prestador, mas também e indiretamente, igualmente o de fidelização e recomendação a terceiros (Bendapuli & Leone, 2003; Mascarenhas, Kesavan, & Bernacchi, 2004; Dong, Evans, & Zou, 2008; Devisarvitaham, 2012). Uma maior satisfação por parte dos consumidores que participam na cocriação é explicada sob a luz da teoria do viés do autosserviço, que defende que ao coproduzir, o consumidor assume parte do crédito pelos resultados obtidos, quando positivos, o que gera uma maior satisfação e perceção de qualidade (Bendapuli & Leone, 2003). As pessoas costumam atribuir um valor superior ao que é produzido por si do que ao que é produzido por terceiros, ainda que este último possa ter um *valor-em-troca* mais elevado (Humphreys & Grayson, 2008). No entanto, esta relação dos efeitos da cocriação no consumidor é assimétrica, uma vez que os consumidores estão mais predispostos a assumir o crédito e não a culpa quando os resultados não são os desejados. Desta maneira, a relação de cocriação de valor também comporta riscos maiores para o prestador, nomeadamente um menor controlo pelo resultado final, o que poderá afetar a credibilidade da marca e

uma maior complexidade em gerir os objetivos da empresa e interesses dos diversos atores do processo de cocriação (Hoyer *et al.*, 2011). Isto ainda é mais evidente no setor da saúde, onde a maneira como os serviços estão organizados poderá gerar conflitos de interesses entre os diversos prestadores existentes (Porter, 2010). Mas a literatura sugere que os benefícios que advêm da cocriação compensam esses riscos, nomeadamente no setor de saúde onde se verificou o impacto positivo do envolvimento do paciente na confiança e compromisso existente na relação médico-paciente (Ouschan, Sweeney, Johnson, 2006) e da coprodução na atitude de fidelização (Auh, 2007) - mas mais importante, o fato da cocriação estar relacionada com uma maior qualidade de vida do paciente (McColl-Kennedy *et al.*, 2012).

Cocriação de valor na setor da saúde

O setor da saúde é constantemente mencionado na literatura deste tema, pois as suas características potenciam os benefícios de atividades de colaboração e a importância da comunicação das interações frequentes entre paciente-médico cria uma oportunidade para um ambiente de cocriação, nomeadamente para as atividades de valor social e de experiência descritas por Sander e Simons (2009). O sistema de saúde sofreu ao longo dos tempos vários paradigmas. Primeiramente, os Serviços Nacionais de Saúde foram criados sob um modelo de massificação, de modo a tornar a saúde um direito para todos, e portanto o objetivo era a eficiência do serviço e a aplicação de conhecimento clínico (Freire & Saniorigi, 2010). Seguidamente, à medida que a qualidade começou a ganhar uma maior importância que os custos na perceção de valor do cliente, o sistema de saúde começou a adaptar a sua oferta às necessidades dos seus pacientes com recurso a técnicas de estudos de mercado para melhor compreender os seus utilizadores (Freire & Saniorigi, 2010). O foco é nos consumidores e na reorganização do sistema envolto do paciente e da sua experiência. A melhoria das condições de vida, a transição demográfica (população mais envelhecida) e os estilos de vida na era da globalização provocaram uma transição epidemiológica, de doenças agudas para doenças crónicas. Estas doenças tornam-se uma condição a longo prazo para o seu portador, necessitando de um apoio médico recorrente, facto que impõe a existência de um sistema de saúde flexível e adaptável aos paradigmas atuais. Neste sentido, o sistema de saúde necessita de se sustentar sob um modelo de colaboração múltipla, onde as instituições de prestação de cuidados de saúde apoiam e potenciam o paciente a cuidar da sua saúde. Num sentido lato, todo o sistema de saúde beneficiaria de uma gestão de lógica de serviço dominante, com ênfase no processo de cocriação. O conceito dos ensaios clínicos, se antes partia de uma premissa implícita falsa de que o objetivo era o benefício do paciente, hoje considera-se que o médico deve ser transparente ao dar a entender ao paciente que se trata de uma atividade de parceria para um avanço do conhecimento médico e benefício de futuros pacientes (Truog, 2012). Em termos de eficiência na gestão, e sob a luz da cadeia de valor de Michael Porter (2010) (onde o valor é a razão entre os resultados finais e os custos) sugere-se que as várias unidades organizacionais do sistema de saúde, necessitam de ser integrados para a criação de valor, uma vez que todos os

intervenientes que prestam os seus recursos a um paciente são responsáveis pelo resultado final e os custos referem-se aos custos totais do ciclo de cuidados para a condição médica do paciente, não para os custos individuais do serviço. O valor do cuidado de saúde deverá ser medido sob o ponto de vista do paciente, argumentando que quando a avaliação dos resultados e custos é orientada pelo percurso dos pacientes, em vez dos serviços que foram desempenhados, assiste-se a uma redução de custos por uma melhor realocação de recursos, não comprometendo os resultados finais (Lee, 2010; Porter, 2010). Também atualmente encontra-se comprovado que a cocriação ou a simples colaboração do paciente com o médico está diretamente relacionado com o sucesso na gestão da sua doença e, consequentemente, da qualidade de vida (principalmente doenças crónicas) (McColl-Kennedy *et al.*, 2012). Uma relação de cocriação entre consumidor-prestador tem ainda uma maior importância quando o seu propósito é a melhoria de saúde de uma pessoa, que obriga a um equilíbrio entre as questões éticas e factos científicos (Truog, 2012). Um relacionamento de carácter paternalista onde o médico extrai informação do paciente para tomar decisões autonomamente, não se enquadra no contexto atual do setor de saúde (Coulter, 1999; Truog, 2012). O estudo conduzido por Bartl (2009) testemunhou o interesse dos pacientes em estar ativamente envolvidos na gestão da sua doença através de uma relação de cocriação (cerca de 80% dos pacientes), motivados principalmente pela obtenção de um maior conhecimento e informação relativamente à doença, pelo apoio que poderão dar a terceiros e pelo reconhecimento de estar a contribuir para a melhoria do sistema de saúde (Bartl, 2009). Sob a alçada do envolvimento dos pacientes na tomada de decisão e uma maior autonomia por parte dos pacientes, este relacionamento evoluiu para uma relação de parceria, onde existe um respeito mútuo pelas competências e capacidades de cada interveniente e um reconhecimento de que a combinação destes recursos é necessária para atingir resultados vantajosos (Coulter, 1999). De fato, o estudo de opinião realizado a médicos e pacientes por Roberge *et al.* (2001) revelou que a perceção dos seus papéis nesta relação implica um modelo de interação de participação mútua, sustentada na comunicação, liberdade de trocas de informação e de negociação entre os intervenientes. Uma relação de cocriação em que a informação, avaliação e decisão é partilhada entre o médico e o paciente, exige também uma maior responsabilidade de ambas as partes (Coulter, 1999). A transparência num relacionamento de colaboração obriga o prestador de saúde a ser mais consciente das suas escolhas e o paciente das suas expectativas e exigências para com o sistema de saúde (Coulter, 1999). Aliás, é nesta experiência de cocriação entre o médico e o paciente que Prahalad e Ramswamy (2004) defendem ser o principal fator influente na decisão de escolha e permanência com o prestador. Ouschan, Sweeney, & Johnson (2006) também testemunharam que potenciar o paciente de “ferramentas” necessárias para uma relação colaborativa como médico, aumenta o grau de confiança e compromisso (ambos fatores antecedentes de fidelização) do paciente nesta relação. Neste sentido, a base para um valor único para o paciente é a sua experiência contextual, e a qualidade dessa experiência depende do envolvimento individual que o consumidor experienciou na cocriação com os profissionais de saúde ao longo dos

processos de cuidados de saúde (diagnostico, terapia, aconselhamento) (Pralhad & Ramaswamy, 2004). A cocriação entre o paciente e o médico é imprescindível para que exista uma abordagem holística na decisão do tratamento de cada paciente., considerando não só as necessidades da condição médica, como também a sua idade, condição mental, preferências, circunstâncias familiares e capacidade financeira (Berry & Bendapuli, 2007). McColl-Kennedy *et al.* (2012) consideram que as atividades de cocriação do consumidor dos cuidados de saúde englobam todas as “atividades independentes ou em colaboração com membros da rede de prestação do cuidado de saúde, incluindo o consumidor, a família, amigos, outros pacientes, profissionais de saúde e a comunidade externa” e que o nível de participação nas atividades pelos indivíduos depende das suas preferências, motivações, percepção de valor de cada atividade e do seu papel como um recurso integrante no devido contexto. Estes autores constatarem os resultados que a cocriação tem no estado de saúde e satisfação com o sistema de saúde para o paciente, seja em atividades de cocriação com níveis mais básicos (participação do paciente na tomada de decisão partilhada ou a cooperação com as instruções do médico) ou em níveis mais elevados (atividades realizadas autonomamente pelo paciente, colaboração com o médico para soluções que melhorem o serviço ou tratamento da doença), (McColl-Kennedy *et al.*, 2012). Mas é importante perceber que o valor é idiossincrático, o que leva a que os consumidores criem valor de maneira diferente e segundo o seu contexto, ainda que a proposição de valor oferecida possa ser a mesma. No setor de saúde, um estudo evidencia-se pela seu contributo na compreensão e implementação da cocriação de valor sob a lógica dominante do serviço. Mc-coll Kennedy *et al.*(2012) identificaram várias atividades de cocriação que os pacientes podem realizar na gestão da sua doença e agruparam-nas segundo as percepções do papel do consumidor para determinar vários estilos de cocriação de valor. Segundo estes autores, as atividades de cocriação estão agrupadas em 8 dimensões: (1) Cooperação (2) Coletar e classificar informação (3) Combinar terapias complementares (4) Coaprendizagem (5) Mudar a maneira de fazer as coisas (6) Relacionar-se (7) Coprodução (8) Atividades cerebrais exercidas pelo paciente que contribuem para a cocriação de valor. De acordo com a participação nestas atividades e a intensidade de interações que exigem, os autores definiram 5 estilos práticos de cocriação de valor do consumidor no setor da saúde, nomeadamente Gestores de equipa, Controladores insulares, Parceria, Adaptação Realista e Colaboração passiva.

No estudo de Mc-coll Kennedy *et al.* (2012) a população em estudo consistia em pacientes que sofriam de vários tipos de cancro. No entanto os autores defendem que os seus resultados podem ser extrapolados para outro tipo de pacientes dos cuidados de saúde, principalmente outras doenças crónicas como a Diabetes. A importância de apresentar a possibilidade de existirem diferentes estilos de cocriação, principalmente no setor da saúde, deve-se a que estes estilos poderão influenciar os resultados pretendidos finais, uma vez que, como já foi elucidado nesta dissertação, os consumidores

cocriam valor de diferentes maneiras, de acordo com as suas capacidades, valores e resultados esperados (McColl-kennedy *et al.*, 2009).

Tabela de relação entre atividades e estilos de cocriação elaborada pela autora de acordo com os resultados do estudo de McColl-Kennedy *et al.*(2012)

Atividades	Gestores de Equipa	Controladores Insulares	Parceria	Adaptação Realista	Colaboração passiva
Cooperação	X	X	X	X	X
Colecionar informação	X	X	X	X	X
Combinar terapias complementares	X	X	X	-	-
Coaprendizagem	X	X	X	-	-
Mudar a maneira de fazer as coisas	-	-	-	X	-
Relacionar-se	X	-	-	X	-
Coprodução	X	X	X	-	-
Atividades cerebrais	X	X	X	X	-
Nº de Interações	Alto	baixo	medio	elevado	baixo
Nº de Indivíduos	muitos	vários	vários	varios	poucos

Resumo da Revisão de Literatura

O marketing surgiu sob o domínio da ciência económica, e portanto com uma logica delineada essencialmente para a troca de bens manufaturados. Com o crescimento inegável da indústria dos serviços, a ideia de que o serviço se tratava de um alicerce à venda de um produto ou de um tipo especial de produto começou a soçobrar. Os serviços ao comercializarem-se individualmente, fugiram do modelo tradicional do marketing de produtos, que pouco se adequava as necessidades desse mercado, criando o seu próprio modelo, o marketing dos serviços. Esta dualidade de paradigmas na literatura do marketing criou uma ramificação confusa para compreender o conceito e funcionalidade geral do Marketing (Gummesson,2007). A lógica dominante do serviço vem propor uma teoria de marketing uníssonas, enfatizando que as pessoas não compram serviços ou produtos, mas algo que percebem ser de valor para si (Gummesson,2007). Já Reichheld (1996) ensinava-nos que o lucro não deveria ser o principal objetivo de uma organização, mas sim a criação de valor. A criação de valor cria uma riqueza sustentável para a organização, principalmente através da fidelização de clientes que se conquista quando se oferece um valor superior. Sob a alçada de vários autores, esta dissertação sustenta a ideia de que o processo de criação de valor do consumidor consiste no conjunto de atividades desempenhadas por este para atingir um determinado objetivo (como atividades de cocriação com terceiros para para reunir toda a informação, capacidades e recursos operantes a que tem acesso e que possa utilizar). Neste sentido, seja um serviço ou um bem, o que a empresa oferece é uma proposição de valor, cabendo ao cliente atualizar esse valor de acordo com as suas necessidades holísticas (Gummesson, 2007). Ambos os intervenientes reúnem recursos necessários para que o valor seja criado,ou melhor dizendo, cocriado, tornando a comunicação, colaboração e as interações entre os beneficiários o foco central da criação de valor. O setor de saúde é um exemplo de um setor que funciona como um “ *sistema de serviço*”(Vargo, Maglio & Alaka,2008) e que poderá beneficiar com

esta troca de conhecimentos por diferentes atores. Na relação entre um médico e o paciente, o paciente detem recursos imprescindíveis para a melhoria da sua saúde adquiridos fora da dualística médico-paciente, através de uma cocriação de valor com outros intervenientes (apoio emocional de um grupo de apoio) ou mesmo sozinho (parar de fumar; registar informação sobre a sua experiência com a doença). O médico por sua vez também integra recursos necessários para que o valor com o seu paciente seja criado, como o seu conhecimento clínico, que por sua vez também foi desenvolvido através de uma cocriação com os seus colegas de trabalho ou mesmo sozinho (experiência prática). Nos encontros de serviço e através do diálogo, o médico compreende as emoções, comportamentos e opiniões do paciente, permitindo auxiliar a criação de valor do paciente da maneira que lhe trará uma maior utilidade (Payne, Storbacka, & Frow, 2008). A cocriação de valor baseia-se assim em três tipos de processos: (1) processos de criação de valor do consumidor – processos, procedimentos e recursos em que os consumidores utilizam para gerir as suas atividades (2) processos de criação de valor do prestador – processos, recursos e procedimentos que o prestador utiliza para gerir o seu negócio e as relações com o consumidor e outros participantes da sua empresa (3) processos do encontro do serviço - processos e práticas de interação que acontecem nos relacionamentos entre o prestador e o consumidor e que necessitam de ser geridos para criar maiores oportunidades de cocriação. É a integração de todos os recursos desta rede de intervenientes que permite criar um valor único da oferta e com uma utilidade superior para o paciente. Numa sociedade que cada vez mais preza pelos contactos em rede, esta lógica vem aludir a um processo de conhecimento em que todos participam e onde todos beneficiam, nomeadamente, com a inovação do serviço, a melhoria da qualidade, a oferta de experiências personalizadas ao cliente, ganhos de produtividade, nível de força do relacionamento entre os intervenientes e com a satisfação e fidelização do consumidor (Bendapuli & Leone, 2003; Mascarenhas, Kesavan, & Bernacchi, 2004; Ouschan, Sweeney, & Johnson, 2006; Dong, Evans, & Zou, 2008; Devisarvitaham, 2012). A colaboração, comunicação e entendimento são fatores decisórios para a cocriação de valor, uma vez que a troca de conhecimentos e capacidades depende do sucesso das interações entre os intervenientes (Payne, Storbacka, & Frow, 2008). A exigência da existência de características de interação humana para a realização da cocriação, permite aumentar a força do relacionamento entre o prestador e consumidor. Para o prestador, ao obter um maior conhecimento do paciente, cria mais oportunidades para melhorar no futuro o desenho da experiência do relacionamento e da cocriação com outros pacientes. Para o consumidor, ao tornarem-se participantes capacitados e ativos no processo produtivo e de consumo, é-lhes concedida a oportunidade de personalizar a oferta de acordo com as suas necessidades, comportamentos e contexto situacional, permitindo-lhes extrair um valor superior para si. Desta forma, considera-se que o valor reside na experiência da cocriação que resulta do relacionamento entre os atores, e não no objeto de consumo (Payne, Storbacka, & Frow, 2008).

CAPITULO IV - Apresentação de Resultados

No desenrolar das questões relativas à fidelização com o prestador direto, muitos entrevistados manifestaram uma preferência superior à instituição do que ao médico. Das 16 entrevistas conduzidas, 5 entrevistados responderam com certezas que abandonariam a associação para seguir o seu médico, dois entrevistados considerariam manter-se com o médico se tivessem possibilidades financeiras, e 9 entrevistados responderam que definitivamente se manteriam com a associação. Um desses 9 entrevistados justificou o facto de ter selecionado como fator de deserção o abandono da associação pelo médico, da seguinte maneira: *“(...)a associação dá um apoio muito grande em todos os aspetos(...)...esse apoio é um apoio muito útil. Faz com que a gente siga sempre aquela rotina de irmos as consultas.” (E11, Adaptação realista)*

Quando questionado se recomenda a sua médica a terceiros, o entrevistado E6 salientou: *“Eu falo da associação, agora o médico que é ,parto do principio que os que cá estão são competentes (...) (mas fala da sua medica a outras pessoas?) sim, falo, tenho uma médica boa, mas refiro-me a associação, não é ao medico.” (E6, Gestor de equipa)*

O entrevistado E10 justifica a sua escolha pelo seu sentimento de identificação com o prestador: *“Agora este foi o sitio que eu sempre vim desde pequeno, antes no edificio antigo portanto vi este prédio a crescer. Portanto logo aí dá outro animo, porque olhávamos para o prédio a construir e pensávamos bem aqui já temos um futuro, portanto aqui já vamos encontrar algo que não costumamos encontrar, isso incentivou a ficar. A nível de enfermeiros/ auxiliares são tudo pessoas espetaculares, ajuda imenso.” (E10, Gestor de equipa)*

Quando questionado se manteria com o prestador mesmo se este saísse da instituição, uma entrevistada respondeu: *“Pediria outra medica aqui na instituição, mas se calhar ainda tentava ir com ela, mas como sabe isto das referencias, para os diabéticos não há seguros de saúde, não temos grandes hipóteses... ou vamos em particular...e aqui temos tudo, neste momento temos todas as especialidades cá dentro, não precisamos de nos deslocar.”,(E12,Gestor de equipa)*

Os fatores de escolha da associação enumerados pelos entrevistados foram: conhecimento especializado na doença(5) ; recomendação pelo médico de família (5) ; completude e agregação de recursos (1); qualidade clinica (1) e fator preço (1).Os entrevistados que escolheram o prestador apresentaram como fatores a recomendação de terceiros e a qualidade clinica.

Relativamente às características humanas percecionadas que um médico precisa reunir para o paciente se fidelizar, as mais enumeradas pelos sujeitos da amostra foram:

- Amizade / Empatia e conhecer o paciente (9)
- Comunicação com o paciente (comunicação aberta /perceber o que o paciente lhe esta a dizer) (5)
- Personalização do tratamento ao estilo de vida do paciente(4)
- Atenção (4)

Para além dos fatores de características humanas do prestador, outros fatores de fidelização mais indicados foram:

- Competência clínica do médico
- Disponibilidade do médico em atender o paciente

Relativamente aos fatores de fidelização do seu médico regular, os entrevistados responderam:

- Os fatores de permanência com o médico regular mais enumerados foram: a qualidade do relacionamento interpessoal (6), necessidade de ter um médico e encontrar-se satisfeito com o atual (4), o conhecimento que o médico tem do histórico do paciente (3)
- Os fatores de deserção do médico regular mais enumerados foram um comportamento negativo por parte do médico (4), a saída do médico da instituição (3), maus resultados clínicos (2), mau atendimento (2) e indisponibilidade (2).

Todos os entrevistados consentiram na intenção de recomendação do médico a terceiros, embora 6 dos entrevistados não tenham até à data passado à ação de recomendar.

Relativamente à responsabilização nos resultados da doença, 10 dos inquiridos responderam que era do paciente ou maioritariamente do paciente, 3 dos inquiridos responderam que era do médico e 3 inquiridos consideraram que a responsabilidade é de ambos.

Relativamente à perceção dos contributos/deveres do paciente para a relação com o prestador as respostas mais frequentes foram: cumprir as indicações de tratamento do médico/realizar os cuidados diários do tratamento da doença (12), a transparência na informação reportada ao médico (5) e ter confiança no médico (3).

Um dos objetivos propostos foi investigar a cocriação de valor do consumidor e a perceção do papel de participação do consumidor na realidade do contexto de saúde. Muitos foram os entrevistados que sugeriram que a criação de valor é realizada pelo consumidor, como sustenta a 10ª premissa da Lógica S-D, como por exemplo: “(...)o médico é apenas um suporte que vem aqui duas vezes por ano ou três vezes, mas a pessoa em si tem que fazer de médico, enfermeiro todos os dias(...)” (E1, Controlador Insular). Existe assim uma consciencia de que o paciente tem que ter um papel ativo na sua doença para uma maior colaboração com o médico: “(...)Um medico só não faz tudo. O paciente deve traçar objetivos, tem que ser o paciente a propor-se, a disciplinar-se, a tentar... para depois quando vier a consulta ver resultados.” (E4, Parceria). Um entrevistado salienta a conduta de mercado de troca de serviços por serviços e a interdependência gerada pela especialização do trabalho, como sugere Lush & Vargo (2006) e Vargo & Lusch (2004), nomeadamente, na primeira premissa da Lógica S-D. O texto que se segue evidencia esse aspeto: “Tenho problemas de saúde preciso de um profissional que perceba disso, como ele se quiser construir uma casa vai falar com um colega meu que perceba de

troalha, o arquiteto(...) a gente compensa-se uns aos outros. Eles fazem o que sabem, que estudaram para isso(...)e eu vou fazendo a minha parte. Um bocadinho a cada um não custa nada.” (Entrevistado 5, estilo Gestor de equipa).

Também foi possível verificar como o apoio de pacientes diabéticos a ajudar outros pacientes a consciencializarem-se para a doença, facilitando o processo de colaboração entre estes e os seus médicos: “(...) estive a falar com uma paciente ate que estava a passar por diversos problemas, ate porque o namorado não queria que ela desse insulina(...)como já tenho uma vivencia com a doença , e a pedido da enfermeira, tive a falar com ela e a faze-la ver que realmente ela tem que olhar para ela e não tem que olhar para os outros e não e o que os outros lhe vão dizer que lhe vai mudar a vida. Existe uma partilha da minha experiencia quando sou solicitado.” (E9, Parceria);“O que acontece, reduzi a glicemia para uma coisa absolutamente anormal, de tal modo que na altura até fui convidado pelo médico para ir a um colóquio contar a minha experiencia (...)” (E8, Controlador Insular);“ Já trouxeram uma pessoa ao pé de mim que estava cega e eu comecei a ver que: “ não, eu não posso ficar assim”(E2, Colaboração Passiva).

Estilos de Cocriação e associação aos resultados de fidelização

O projeto de investigação mostrou que é possível extrapolar os estilos práticos de cocriação de valor do consumidor McColl-Kennedy *et al.* (2012) para pacientes de outras doenças crónicas, neste caso, a doença das diabetes. Também, cada estilo de cocriação parece estar associado a diferentes níveis de fidelização.

Gestores de equipa – Este estilo e caracterizado pelos entrevistados E6,E10 e E12. Este estilo enquadra elevados níveis de atividades e interações com diferentes atores de diversas fontes (prestadores, familiares, organizações publicas e privadas) e atividades realizadas pelo paciente. São indivíduos que sentem-se no centro da gestão da doença, e acreditam que são eles que devem escolher e integrar os recursos de maneira a que possam extrair maior valor. Por exemplo, o E10 quando questionado se realiza atividades complementares ao tratamento indicado pelo médico, referiu que “Ainda não, mas penso a vir fazer. Hoje é uma das questões que vou colocar a medica (e que tipo de terapia estava a considerar?) possivelmente acupuntura, em principio só essa”. A comunicação com estes pacientes deverá ser aberta, frontal e direta, sentem uma maior confiança quando sentem sinceridade e envolvimento por parte do médico. Como transmite o entrevistado E10: “Sempre foi uma medica transparente, frontal...a relação que eu tenho com a medica é tao boa que não há assim grande discórdia. Pergunto-lhe questões e faço perguntas à medica, quando não sabe, tenta procurar resposta.”. Consideram também importante a inclusão de terceiros na gestão da sua doença, envolvendo-se por vezes em grupos de apoio, ou simplesmente em criar relações com outros diabéticos, profissionais de saúde ou outros indivíduos para apoio pessoal: “Tenho alguns amigos que fomos apresentados, vínhamos fazer os cursos que eles (APDP) costumam fazer essencialmente para

os jovens. *Vínhamos aqui fazer e ganham-se aqui amizades. (...)*”(E12). São por norma considerados pessoas que oferecem um sentido de orientação aos outros. O Entrevistado E6 demonstra o seu sentido de liderança ao referir que: *“Todos as pessoas que eu encontro e que tem diabetes e que eu noto que estão descontrolados, a todos eu tenho trazido aqui (APDP). Eu obrigo-os a vir aqui. Venho com eles. Perco um dia.”*. O entrevistado E10, que também participou em grupos de apoio à diabetes, não tem problemas em partilhar a sua experiência quando esta é solicitada, recordando de uma vez em que a enfermeira lhe pediu para dar apoio moral a uma rapariga que tinha pouca experiência com a doença: *“estive a falar com uma paciente até que estava a passar por diversos problemas, até porque o namorado não queria que ela desse insulina, ou porque ...coisas parvas, completamente parvas, ao qual eu estive a falar com a rapariga, tinha 15 anos salvo erro, e eu tinha 20 e poucos, mas como já tenho uma vivência com a doença, e a pedido da enfermeira, tive a falar com ela e a fazer-la ver que realmente ela tem que olhar para ela e não tem que olhar para os outros e não é o que os outros lhe vão dizer que lhe vai mudar a vida”*. Apresentam também um elevado controlo na gestão do tratamento da sua doença e dos indivíduos envolvidos nela. O entrevistado E10 confessa que já deixou de ir a um médico por os resultados clínicos não estarem a ser satisfatórios para si. São indivíduos que necessitam de se sentir completamente envolvido na gestão da sua doença, pelo que tentam informar-se o mais possível e controlar todas as condicionantes que possam interferir com o controlo das suas diabetes. *“Eu desde que me conheço nesta instituição fiz um livro (...)achei necessário em vez de ter uma folha por mês passei a ter uma folha diária onde eu faço o diário exaustivo da minha vida em casa. o almoço, o jantar, o que é que dou (insulina), algumas aqui tem umas observações a vermelho(...) e trago para a doutora ver.”*(E6). Este entrevistado apresenta em particular um maior controlo nas decisões do tratamento, sendo sempre sua a última palavra: *“(...)eu sou anticomprimidos. Tomo insulina, porque preciso e agora deu-me uma receita para tomar um comprimido ao jantar todos os dias para o colesterol (...)Eu pedi para ela me escrever as formulas para fazer as contas do colesterol total o HDL o LDL (...)como ela me explicou, agora vou fazer estas contas e se calhar chego a conclusão “ela tem razão , é melhor tomar os comprimidos, que isto com o colesterol também não se pode brincar com isto”*. Já a Entrevistada E12 considera que as pessoas devem estar sempre abertas a experimentar novas coisas e acredita que a diabetes necessita de uma constante adaptação, por vezes diária, do tratamento, envergando assim em atividades de coprodução entre as consultas: *“há alturas em que entre as consultas eu tenho sempre liberdade de fazer a alteração da insulina. Isto é, se eles estiverem mais baixos baixar a insulina, se estiverem mais altos aumentar a insulina. Que aí já tenho que ser eu a ver os sintomas que tenho, e a conhecer-me, e tentar fazer uma adaptação..este ajuste”* (E12). Consideram que os prestadores de saúde são apenas um apoio, cabendo ao paciente a responsabilidade total ou maioritária da gestão da doença: *“Especificamente, nas diabetes, eu penso que o paciente tem que fazer tudo. O médico só tem que passar as receitas e depois já é minha obrigação aviar as receitas, tomar os medicamentos na altura que deve ser e ter juízo.”*(E6). Também

é uma característica deste estilo, um elevado nível de otimismo, de adaptação e de vontade de superação dos obstáculos, como o E6 que ao ver-se questionado por o que o leva a superar as dificuldades da doença, respondeu: *“Uma força indomável que eu tenho de vencer”*. O mesmo se observa com outros entrevistados: *“Quando aparece algum problema, tenho otimismo, consigo ultrapassá-los (...)”* (E12).

Este estilo parece estar associado a níveis médios/altos de fidelização ao médico.. O entrevistado E10 é o entrevistado que provavelmente tem um maior sentido de fidelização neste grupo. Para além de se manter com a mesma médica há 15 anos, não recorre a outros médicos para segundas opiniões, pretende manter-se com a médica mesmo que saia da associação, recorrendo mesmo à médica para a prestação de outros cuidados que não estão diretamente relacionados com a diabetes. Para este indivíduo o que o faz manter-se com o mesmo médico é a confiança existente no relacionamento. A entrevistada E12 apresenta também um elevado nível de proximidade com a sua médica, recorrendo apenas a esta para o tratamento das diabetes. Considera-a como amiga e sente grande confiança na médica, estando sempre disposta a experimentar novos tratamentos. Ainda que sinta um grande apoio pela APDP e pelos restantes prestadores, consideraria a saída da associação se a médica saísse, embora o mais provável seria manter-se na associação pela integração e completude de recursos e pelo fator monetário. Mas já recomendou a pacientes membros da associação a sua médica e por vezes recorre à médica para a prestação de outros cuidados de saúde que não o tratamento das diabetes. O entrevistado E6, não apresenta um elevado número de características de fidelização para com a sua médica, não recomenda a médica em particular a terceiros e consulta outros médicos para segundas opiniões. No entanto, considera que o seu nível de fidelização a esta médica é o máximo possível, que sente uma grande proximidade com a médica e abertura na comunicação e vê-a como uma parceira, facto que o motiva a vir as consultas: *“Eu venho aqui, primeiro porque gosto de vir, falar com ela, discutir o meu problema com ela e ela ver o meu controle”*. A única razão para trocar a sua médica seria se esta abandonasse a APDP, pois tem preferência pela Associação, uma vez que sempre o acompanhou desde o início da doença. Este entrevistado também teve muitos médicos desde que lhe foi diagnosticada a doença, estando apenas há 2 anos com a médica atual.. Sendo um indivíduo que tem um grande controlo sobre a sua doença, a fidelização aos prestadores poderá ter para si um risco de indisponibilidade maior do que uma instituição, daí que quando questionado pela recomendação do prestador direto a terceiros tenha respondido e cita-se: *“sim, falo, tenho uma médica boa, mas refiro-me a associação, não é ao médico. E como já tive tantos e um diz “Olhe vou-me embora” e o outro “olhe, afinal já não é esta médica”, “ah, não?pronto esta bem”*.

Os 3 entrevistados sugerem níveis de fidelização diferentes, o E10 e o E12 apresentam características que possam estar relacionada a uma fidelização forte e o E6 de uma fidelização média ao médico. Assim, ainda que tende maioritariamente para elevados níveis de fidelização, considera-se que este estilo encontram-se possivelmente associado a um nível de fidelização médio/alto.

Controladores insulares – Neste estilo enquadram-se o entrevistado E1 e E9. É caracterizado por elevados níveis de atividades e interações reduzidas e superficiais com diferentes atores, como médicos e outros diabéticos. Contrariamente ao estilo “Gestor de equipa”, a colaboração e comunicação não é aberta. O E1 considera a relação com a sua médica uma relação “*normal paciente-doutor*” onde “*há um espelhar normal da situação*”, não revelando uma grande proximidade afetiva com a médica. O mesmo comportamento verifica-se no segundo entrevistado, caracterizando a sua relação com a médica como “*não é nada de especial.*”, devido a uma atitude de distancia da sua parte: “*(...)quando vou a medica tento não incomodar muito a medica, porque sei que é tanta gente à espera, que ela precisa de tempo (...)*” Pacientes deste estilo demonstram ser focados em si mesmos e reservados nos seus sentimentos, problemas e detalhes sobre a sua experiência com a doença, como o Entrevistado E1, onde sabe que “*A minha família e os meus amigos dão-me apoio se precisar, mas não discuto muito a minha doença com eles*”. Não obstante, são pacientes ativos no controlo da doença, ainda que tendam a envolver-se em atividades de cocriação que possam realizar autonomamente. O E9 sente-se mais descansado a controlar a sua doença: “*faço gráficos, não só os da glicemia como os do colesterol (...)*a pior coisa que me pode acontecer e quando vierem os resultados eu não ter baixado nada nada, nada em relação aos anos passados”. “Para estes “*o médico é apenas um suporte que vem aqui duas vezes por ano ou três vezes, mas a pessoa em si tem que fazer de medico, enfermeiro todos os dias (tem que controlar-se a si mesmo)*”(E1). É também um estilo característico por não mudar a sua vida com a doença. Ambos fizeram algumas mudanças na alimentação e exercício, o que a doença obriga para um melhor controlo, mas continuam a viver o seu quotidiano da mesma forma, como exemplificado pelo Entrevistado E1: “*(...) a minha vida normal, no dia a dia mantem-se normal. Eu tento fazer a minha vida o mais normal possível, as vezes ate me esqueço que tenho (omissão de palavra)*”.

Em termos de fidelização, interpretou-se que este estilo tende a apresentar um nível médio/baixo de fidelização aos prestadores diretos. Ambos os pacientes interagem com a médica atual há relativamente pouco tempo, o E1 porque preferiu manter-se na instituição do que a abandonar juntamente com a médica que lhe atendia, e o E9 porque decidiu abandonar o médico de família do SNS no tratamentos das diabetes para passar a ser observado na APDP, por ser um local especializado no tratamento desta doença. Têm relações à distância com a sua médica, mas por opção, uma vez que ambos se encontram satisfeitos com a relação que têm com a médica. A única razão de deserção seria a saída da médica da instituição. O E9 sugere um nível um pouco mais avançado de fidelização do que o E1, uma vez que tem recomendado a sua médica a terceiros e considera ter uma relação de maior confiança com esta médica do que com a sua médica de família, ainda que esta última o acompanhe há mais tempo.

Parceria – Este estilo é retratado pelos entrevistados E4, E5, E15 e E16. Os pacientes que se enquadram neste estilo apresentam um número médio de participação nas atividades de cocriação e

um nível médio de interações com diferentes atores de diversas fontes(prestadores de saúde, grupos de apoio). A colaboração é realizada essencialmente com o médico e um número limitado de profissionais (apenas os prestadores principais). Estes indivíduos tendem a ter uma extensa rede de apoio. A entrevistada E16 considera importante incluir as pessoas que lhe são mais próxima na gestão da sua doença: *“Todos os meus amigos têm conhecimento de que tenho diabetes e inclusive faço questão que o saibam para o caso de algum dia precisar de ajuda e eles saberem como me podem ajudar. E inclusive injeto a insulina à frente deles, da forma mais natural possível para que eles se possam também sentir à vontade, de uma forma indireta mas ativa, na convivência com a doença”*. Têm assim um grande apoio a nível pessoal: *“A família está toda envolvida, principalmente a minha filha e o meu marido. Principalmente a minha filha, esta sempre em cima dos meus níveis, de controlar o nível de glicemia”(E4)*. *“Lá em casa, como tenho uma filha enfermeira e outra que passou para o 4º (ano de faculdade de enfermeiros) ajuda bastante. (E5)”* Consideram-se parceiros do médico. Acreditam que tem que existir uma relação de colaboração entre o médico e o paciente, e que o paciente tem que ter uma participação ativa na gestão da sua doença, dedicando-se ao processo: *“Um médico só não faz tudo. O paciente deve traçar objetivos, tem que ser o paciente a propor-se, a disciplinar-se, a tentar... para depois quando vier a consulta ver resultados” (E5)*. Há assim um reconhecimento que o médico é necessário para aconselhar, avisar e informar o paciente, mas como a entrevistada E16 salienta *“é o paciente, o individuo que define e decide o que faz com essa informação”*. Precisam de uma boa comunicação e uma relação que resulte com os seus médicos para se sentirem informados e respeitados. Veja-se o exemplo da entrevistada E16: *“(...) ela tem sempre o cuidado de ajustar o plano de controlo da diabetes de acordo com o meu estilo de vida, com as minhas necessidades, tem em conta as minhas duvidas e até mesmo algumas questões que ela já sabe que me desagradam. E sempre que é necessário algum tipo de ajuste ou alteração, ela pergunta-me sempre a minha opinião.”(E16)*. Precisam assim de uma comunicação eficiente e aberta e de proximidade com o médico: *“posso mandar uma mensagem, telefonar para o telemóvel pessoal dele, uma relação muito próxima.(...)ele também é diabético. E falamos um com o outro sobre a doença. “ e eu digo-lhe que ele devia fazer assim, e ele também me diz o mesmo”(E6)*. Cumprem o que o médico diz, mas têm uma participação ativa nas decisões de tratamento, o que é testemunhado pela entrevistada E15: *“Se surgir alguma coisa nova que vejo na internet ou no estrangeiro, eu falo com ele e ele diz-me se é bom se não é. Vai pesquisar depois fala comigo. (...) Nós fazemos sempre de maneira a que ele esteja de acordo e que eu também...e arranjar um meio-termo.”* e pela entrevistada E5 que na gestão da sua doença: *“Discuto decisões, dos níveis de insulina, onde podemos acrescentar, facilitar(...)(E5)*). Desenvolvem também atividades independentes que facilitem a colaboração com o médico, seja através dum eficiente controle das suas diabetes entre consultas- *“Registo diariamente os meus valores de manhã para depois mostrar ao medico, tenho um livrinho onde os registo(...) No que diz respeito as diabetes tenho uma pastinha, onde tenho tudo guardado, análises.”(E4)* - seja em obter

um maior conhecimento sobre a doença - *“Aqui na associação que eles fazem bastantes ações de formação, que já vim a uma ou duas, e a internet sobretudo.”*(E15)- seja em envergar em terapias complementares ao tratamento indicado pelo médico - *“Já fiz acupuntura. Ajudou um bocadinho, pelo menos para diminuir os meus níveis de stress(...)”*(E15) – seja em desenvolver um otimismo e aceitação em relação à sua condição de paciente:” Hoje em dia, eu tenho um lema que é: *“A insulina está para mim como o paraquedas está para quem se atira de um avião. Com ela posso alcançar objetivos incríveis, sem ela, não duro um dia.”*(E16).

De acordo com o estudo realizado este estilo demonstra estar possivelmente associado a níveis altos de fidelização. Os fatores de deserção são praticamente nulos e envolvem maioritariamente a reforma do médico ou se a relação se alterasse. Já todos recomendaram o seu médico e nunca pediram uma segunda opinião. Todos responderam que seguiriam a médica, mesmo que esta saísse da instituição. O tempo de permanência com a médica difere largamente entre os entrevistados. Para estes indivíduos, um importante fator de fidelização é a relação que o médico cria com o paciente. A entrevistada E6 demonstra o seu grau de fidelização através da sua experiência. As diabetes foram induzidas por um medicamento que lhe foi diagnosticado pelo médico para o tratamento da artrite reumatoide. Mas nem isso a fez mudar de médico. *“Eu acho que a culpa é um bocadinho partilhada. Quer dizer eu as vezes digo-lhe, se ele não me tivesse receitado aquele medicamento eu hoje não era diabética, porque foi ele que me deu aquele medicamento da artrite, mas eu agora ando bem e já não estava a andar...Foi aquele medicamento, mas se calhar aquele medicamento...pronto, nem eu nem ele sabíamos que ia ter diabetes”*(E4). Têm portanto uma forte relação afetiva com a médica, descrevendo principalmente características humanas, como a confiança, a atenção, a simpatia e a amizade que nutrem com a médica. A paciente E16 apresenta uma relação muito próxima e afetiva com a médica: *“mais do que uma excelente profissional, é uma amiga fantástica (...) Mesmo em questões pessoais, alguns momentos muito complicados pelos quais passei e pude contar com o apoio da minha médica/amiga que me telefonava várias vezes preocupada, não com a diabetes, mas sim comigo. (...) A fidelização para com a minha médica é total. Como já disse, ela corresponde a todas as minhas expectativas, não sinto qualquer necessidade de procurar outro médico.”*

Adaptação pragmática/realista – Este estilo é caracterizado pelos entrevistados E11 e E14. É um estilo caracterizado por um reduzido nível de atividades, mas com um elevado número de interações com diferentes indivíduos de diversas fontes. O seu papel principal implica adaptarem-se à mudança das circunstâncias e ajudarem os outros a adaptarem-se. Por exemplo o E11 é um indivíduo que precisou de se adaptar à condição de paciente diabético o que o levou a reformar-se para ter um maior cuidado com o seu nível de stress. Revela que o que lhe ajuda a ultrapassar as dificuldades de ser um paciente diabético é *“estar o mais calmo possível. Caminhar todos os dias uns quilómetrosinhos, para manter também os músculos a movimentarem (...) Deixei de fumar, eu fumava cachimbo há 2 anos e deixei de fumar, passei a beber menos álcool do que bebia(...)”*. Confessa que ao início foi

complicado adaptar-se principalmente quando lhe foi diagnosticada diabetes tipo I. Nessa altura foi motivado por um amigo diabético que o ajudou a ganhar um maior otimismo em relação à doença. Outra característica deste estilo é os indivíduos não terem problemas em expor a sua experiência com a doença à sua rede social, como a paciente E14 comunica: *“Pessoas que falo que também têm (diabetes) e ficam muito nervosos, pensam que é o fim da vida para elas e eu explico que tenho diabetes há 20 anos e ainda cá estou.”* Adotam um estilo pouco participativo nas decisões do tratamento da doença, não expondo as suas opiniões e preferências, e seguindo estritamente as ordens do médico (*“Eu sinto-me bem com ela, consulta e isso, de resto não participamos mais nada, para além das receitas medicas, os medicamentos são os mesmos. Nada mais.”* (E14). Envolvem-se em menos atividades de cocriação do que os Controladores Insulares, como descreve a entrevistada E14: *“não faço nada, nada de especial. Apenas o que tenho que fazer, tomo os medicamentos a horas, a insulina que é de manhã e à noite. faço tudo direitinho, no comer também não abuso. eu não sou daquelas pessoas que abuso além daquilo que os médicos dizem. Eu faço tudo direitinho, nem mais nem menos”*. Mas têm uma adaptação maior à mudança do que os Colaboradores Passivos. A entrevistada E14 considera que *“Eu não sou pessoa para me agarrar à doença(...)Estou diabética mais nada (...)eu conhecia tanta gente que eram diabéticos, porque é que eu haveria de fazer uma tragédia”*.

Pela análise destas entrevistas, sugere-se que este estilo esteja associado a uma potencial fidelização média. Ambos demonstram a sua fidelização por terem uma relação de longa duração com o médico. O entrevistado E11 costuma recorrer a este médico para a prestação de outros cuidados de saúde, como o pedido de análises que não são específicas da doença das diabetes e confessa que lhe custaria deixar o médico, e só o faria se o médico abandonasse a Associação, uma vez que considera que a instituição lhe fornece um apoio muito útil e diversificado para o tratamento das diabetes. Considera que o motivo de se manter com o médico é o conhecimento que este tem sobre o seu histórico: *“Já temos um contacto que permite-nos saber quais são os limites que eu tenho para poder ter uma diabetes mais controlada(...)”*.

A entrevistada E14 já recomendou a médica a terceiros mas revela uma relação muito superficial com a médica, mostrando que não partilha informação com esta para além do necessário e que a razão que a faz manter-se com a médica é não ter havido complicações na doença e simpatizar com a médica, indicando uma satisfação insuficiente para uma fidelização real ao médico.

Colaboração passiva – Inseridos neste estilo encontram-se os entrevistados E2, E3, E7, E8, E13. Este estilo é caracterizado por um reduzido nível de atividades e interações. As interações tendem a ser apenas com o médico, com o intuito de seguir as suas ordens. O seu papel nas atividades de cocriação limita-se à cooperação com o prestador de cuidados de saúde e aquisição de informação. Por vezes, nem isso. Alguns pacientes deste estilo mostram um descuido em manter a diabetes controlada, dificultando a cooperação com o médico: *“passa-me ao lado fazer o teste, as vezes não dou insulina,*

por isso e que as coisas não estão como deve ser, não dou descanso a médica.” (E2) / “Tem estado estável. Não registo, eles ficam registados na maquina mas também não ligo muito (E7)”. O mesmo se verifica com a entrevistada E13 que foi diagnosticada com diabetes tipo I há menos de um ano, mas ainda assim tem algumas dificuldades no controlo diário da doença: “Quando comecei a doença era muito certinha, até registava tudo o que comia e as horas, durou dois meses depois desisti.” São indivíduos que não acreditam estar no controlo nem têm interesse em ter uma participação mais ativa na doença. Em relação ao seu papel na relação médico-paciente, o entrevistado E8 comenta: “Depende de cada um. Depende da maneira como nos interessamos pela doença. Há uns que vem cá à associação e simplesmente vêm cá buscar a insulina e as receitas, e vai andando não se interessa muito.(...) Eu talvez me integre um bocadinho nesse grupo. Ainda é um bocado complicado, como disse, estar a fazer o registo, é complicado para mim interagir com este tipo de doença.”. Desta maneira, distanciam-se da sua doença, não questionando os médicos e apenas seguindo as suas ordens. Para estes indivíduos “eles é que são médicos, eles é que sabem e têm que me informar do que eu devo fazer.” (E13). Como descrito pela entrevistada E3: “eu queixo-me e ela dá-me os medicamentos (...) ela é que sabe o que é melhor, não sou eu”. Este comportamento inativo faz com que não se envolvam em iniciativas como procurar informação, ir ao ginásio ou alterar o seu regime alimentar. “Devia ter um cuidado maior na alimentação. (...) A alimentação e exercício físico, é o que ele recomenda mais. Mas eu sou mais para os medicamentos (E7).” A entrevistada E3 também mostra não estar no controlo da sua doença, confiando no médico e na sua fé para determinar o destino da sua saúde: “ (...) eu quando estou paciente entrego-me a Deus(...) agarro-me à bíblia, leio a Bíblia. Ele diz que me dá força quando estou cansada.”. Para estes indivíduos ainda lhes é difícil aceitar a sua condição de paciente. Na maioria, não existe um trabalho emocional para a adaptação à doença. A entrevistada E2 confessa que ainda não aceita a sua condição de paciente: “Na escola gozavam comigo, chamavam-me drogada por eu me injetar (insulina). Começou assim, deixei de ir a escola porque não gostava. Depois não podia comer muita coisa (...) ainda me custa, ainda faço erros grandes. (às vezes farta-se?) farto, sempre a dar insulina, fazer testes.”. O mesmo acontece com o entrevistado E7 que sempre praticou bastante desporto, tendo sido um choque o surgimento desta doença: “Ainda é um bocado complicado, como disse, estar a fazer o registo, é complicado para mim interagir com este tipo de doença, talvez devido ao meu tipo de vida, como desportista que sou”. Este estilo tende a estar associado a um baixo nível de fidelização. Os seus fatores de fidelização são maioritariamente o preço, a competência técnica, a disponibilidade e a proximidade. Por exemplo, a entrevistada E8 mudou de prestador por o atual ter uma maior disponibilidade, ainda que gostasse do médico que a acompanhava: “(...) não desisti porque não gostava da equipa, era uma equipa muito boa, só que lá esta perdia mais tempo em ir fazer os exames e ter consulta noutro dia e aqui faz-se tudo no mesmo dia por isso decidi vir para aqui.”. Estando na fase inicial o que lhe importa é conseguir bons resultados clínicos, que

caso não os encontre, considera mudar de médico. Por vezes, não vêm outras escolhas para além daquele médico. Quando questionada pelas razões que se mantem com a médica, a entrevistada E3 respondeu simplesmente: "Se eu estou paciente tenho que ir a um medico, que remedio". O único entrevistado deste grupo que mostrou um nível de fidelização médio ao médico foi o entrevistado E2, que demonstra ter uma relação mais afetiva com a médica, chegando mesmo a dizer que considera um ato de deslealdade para a sua médica recorrer a outros médicos para uma segunda opinião. Consideraria ser acompanhada pela médica caso esta saísse da associação, mas o mais provável seria manter-se na associação com outro médico, por ser um local especializado para as diabetes e pelo apoio que a associação lhe prestou desde que lhe foi diagnosticada a doença. Com exceção desta entrevistada, os outros entrevistados consideram o pedido de uma segunda opinião um direito do paciente. Como refere o entrevistado E7 *"(...)estou sempre aberto a isso. Acho que ninguém tem a verdade absoluta, e por isso e que eu vim aqui (APDP)."*

O nível de fidelização sugerido foi analisado segundo a apresentação de características das duas dimensões de fidelização enumeradas no enquadramento teórico. Generalizando, o estilo "Parceria" apresenta possibilidades de uma fidelização atitudinal e comportamental muito forte. O estilo "Gestão de Equipa" tende a estar associado a uma fidelização atitudinal forte e uma fidelização comportamental muito forte. O estilo "Adaptação Realista" sugere uma fidelização atitudinal e comportamental média. O estilo "Controlador Insular" mostra associações a uma potencial fidelização atitudinal média e uma potencial fidelização comportamental fraca. E o estilo "Colaboração Passiva" parece estar associado a uma fidelização atitudinal e comportamental fraca.

Sumariando, o estilo de cocriação "Parceria" e "Gestão de equipa" são os estilos relacionados com uma participação ativa na relação com o paciente médico. Também se verificou que estes estilos são os que possivelmente estarão associados a uma maior fidelização. Do lado oposto, os estilos que apresentam uma participação mais passiva na relação com o médico são os estilos "Colaboração Passiva" e "Controladores Insulares", possivelmente associados a níveis de fidelização mais baixos. Assim, sugere-se que pacientes com estilos de cocriação associados a uma participação ativa na relação paciente-médico apresentam possivelmente níveis de fidelização mais elevados do que pacientes enquadrados em estilos de cocriação onde existe uma participação menos ativa na relação médico-doente.

No entanto, Pacientes com estilos de cocriação que apresentam uma participação ativa na gestão e controlo da sua doença nem sempre apresentam um nível de fidelização superior comparativamente a pacientes que demonstram ter uma participação passiva na gestão e controlo da sua doença. Os estilos de cocriação que apresentam uma participação mais ativa na gestão e controlo da sua doença são os "Controladores Insulares", "Gestores de equipa" e "Parceria". Os "Controladores Insulares", por não

terem uma participação ativa e afetiva no relacionamento com o médico, não demonstram uma propensão à fidelização superior ao estilo de “Adaptação Realista”, associado a uma participação mais passiva na gestão e controlo da sua doença.

Outro ponto interessante nos resultados, foi perceber que a duração do relacionamento com o médico não revelou ser um sinal de interferência com a sua possível fidelização. Isto porque os resultados demonstraram que pacientes que se mantêm há mais tempo com o médico, i.e., há mais de dez anos, não apresentam estar associados a um maior nível de fidelização em relação a pacientes que se mantêm há menos tempo. Facto disso é 3 dos 4 indivíduos incluídos no estilo de parceria, onde todos os elementos apresentam características que sugerem um nível de fidelização elevado, terem uma relação de menos de 10 anos com o médico atual.

Ainda, em todos os estilos de cocriação é possível verificar a existência de pacientes com um tempo de convivência com a doença superior a dez anos. Ora isto sugere que o tempo de convivência por si só não diferencia aqueles com uma maior participação na gestão e controlo da sua doença. No entanto, o estilo com um tempo de convivência com a doença superior é o estilo de “Gestor de Equipa”, que demonstra uma elevada participação no relacionamento com o médico. Do lado oposto, também é possível verificar que ainda que hajam grandes oscilações no tempo de convivência com a doença entres os elementos do estilo de “Colaboração Passiva”, associado a uma participação mais reduzida no relacionamento com o médico, este é o que apresenta uma média de convivência com a doença mais baixa.

Quadro 3 - Quadro resumo de cruzamento entre os Estilos de cocriação de valor e a Fidelização ao prestador

Estilo	Gestores de equipa	Controladores insulares	Parceria	Adaptação realista/pragmática	Colaboração passiva
Papel	Para delegar e gerir equipas	Controlar a distância	Ser parceiro principalmente do médico	Adaptar	Aceitar
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> Cooperação requisitos básicos (ir às consultas regularmente; tomar a medicação) aceitar informação do prestador Participação na tomada de decisões coleccionar informação Registrar informação Informação reportada ao médico (dia a dia/ progressão da doença/ novos tratamentos) coaprendizagem procura e partilha de informação (partilha com outros médicos e outros diabeticos/ conhecimento aprofundado sobre a doença através da internet, livros e ações de formação) Relacionar-se (família, amigos, médicos, enfermeiras, grupos de apoio e outros diabéticos) Combinar terapias complementares Acupuntura Exercício físico atividades cerebrais Pensamento positivo Adaptação fácil Facilidade em ultrapassar os obstáculos Atividades de coprodução Gerir as atividades diárias do tratamento Experimentar novos tratamentos Administração e regulação do 	<ul style="list-style-type: none"> Cooperação requisitos básicos (ir às consultas regularmente; tomar a medicação) aceitar informação do prestador Coleccionar informação Registrar informação Informação reportada ao médico (apenas o básico) Coaprendizagem Procura de informação (internet / revistas / alertas no e-mail/ conhecimento profundo) Combinar terapias complementares Dieta Exercício físico Atividades cerebrais trabalho emocional aceitação realista Atividades de coprodução Gerir as atividades diárias do tratamento Administração do tratamento entre as consultas Self service (medicação) Desenvolve o seu próprio regime alimentar 	<ul style="list-style-type: none"> Cooperação requisitos básicos (ir às consultas regularmente; tomar a medicação) aceitar informação do prestador Participação na tomada de decisões coleccionar informação Registrar informação Informação reportada ao médico (dia a dia/ informação pessoal / progressão da doença/ novos tratamentos) coaprendizagem procura e partilha de informação (partilha com outros diabeticos/ procura informações essencialmente através da internet e ações de formação para depois reportar ao médico) Relacionar-se (família, amigos, médicos, enfermeiras, outros diabéticos) combinar terapias complementares Acupuntura Exercício físico dieta atividades cerebrais Pensamento positivo otimismo Força de vontade Atividades de coprodução Gerir as atividades diárias do tratamento Partilhar informação self service (tomar os medicamentos) Questionar o médico sobre tratamentos alternativos Gestão do seu grupo de apoio 	<p>Reduzido.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cooperação Requisitos básicos (ir as consultas regularmente e tomar a medicação) Aceitar informação do prestador Coleccionar informação Regista os valores diários Guarda as análises Relacionar-se (família amigos) Mudar a maneira de fazer as coisas Coprodução Self service (tomar os medicamentos) Atividades cerebrais: Pensamento positivo reenquadrar-se trabalho emocional (reduzir o stress / socializar) 	<p>Reduzido.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cooperação <ul style="list-style-type: none"> Aceitar informação do médico Requisitos básicos (tomar a medicação) Coprodução Tomar os medicamentos e autoadministrar insulina Não exercem atividades autogeradas e não procuram outras fontes de informação.

	tratamento entre as consultas Partilhar informação self service (tomar os medicamentos) Questionar o médico sobre tratamentos alternativos Gestão do seu grupo de apoio Desenvolve o seu próprio regime alimentar e de exercício físico Reconfigurar a composição da equipa médica	e de exercício físico Reconfigurar a composição da equipa médica <ul style="list-style-type: none">Combinação de terapias complementares, apenas as que podem fazer independentemente.	Desenvolve com o médico o seu regime alimentar e de exercício físico		
Interações	Elevado numero de interações com elevado numero de individuais (prestadores diretos, grupos de apoio, instituição, familiares, outro diabéticos) . Nível de interação com o médico regular profundo.	Reduzido numero com vários individuais; superficial, mantêm a distancia. .Escolhe trabalhar apenas com um certo tipo de médicos. A comunicação com terceiros é muito fechada e controlada. Nível de interação superficial.	Número medio de interações com diferentes individuais (médicos e outros profissionais de saúde) Forte rede de apoio. Elevado número de interações com a médica. Nível de interação profundo.	Elevado número de interações com diferentes indivíduos. Envolvimento em poucas atividades de cocriação. Aceita a situação e muda a sua vida e ajuda os outros a adaptarem-se a ela. não tem medo de esconder a sua doença. Nível de interação com o medico superficial	Reduzido numero de interações com poucos indivíduos. (apenas com o médico, para seguir ordens)
Características pessoais	Controlo da sua doença. Controlo da equipa médica e apoio pessoal. Cria a sua própria equipa de profissionais e amigos. Comunicação aberta com a sua equipa Sentem-se no controlo.	Reservados nos seus sentimentos, problemas e detalhes sobre a sua experiencia. Focados em si mesmos, evitam o contacto social, gostam de estar sozinhos e têm consultas curtas com o médico onde apenas reportam o necessário para o tratamento da doença. Preferem atividades de cocriação que possam fazer independentemente. Têm um controlo ativo sobre a doença, mas não se relacionam com terceiros.	Trabalham com o médico, dedicam-se ao processo. Precisam de uma boa comunicação e uma relação que resulte com os seus médicos para se sentirem informados e respeitados. Precisam de uma boa parceria, querem-se sentir ativamente envolvidos no que está a acontecer, através de uma comunicação eficiente.	Adaptam-se a mudança das circunstancias e ajudam os outros a adaptarem-se. Não tem problemas em expor a sua experiencia com a doença à sua rede social. Deixam as decisões para os médicos , aceitam sem questionar a informação dos médicos.	Apenas segue ordens. Não questionam os médicos. Não acreditam estar no controlo. Não tomam iniciativas como procurar informação, ir ao ginásio ou mudar a sua dieta.. Não vêm outras escolhas. Mostram acima de tudo um desinteresse em manter a diabetes controlada.
idade (média)	43	51,5	36,75	68,5	44
sexo(modal)	M	M	F	(um de cada)	F
tempo com a	23,3	13,5	13,5	17,5	10

doença (média)					
Tempo com o médico (média)	13,0	1,0	7,5	15,0	6,9
tipo diabetes (moda)	I	(Um de cada)	I	(Um de cada)	I
Nº pacientes	3	2	4	2	5
Fidelização	<ul style="list-style-type: none"> Atitudinal Recomendação a terceiros Consideração exclusiva (Não recorre a outros prestadores para segundas opiniões) (2/3) Sentimento de identificação à instituição (2/3) Intenção de se manter com o médico mesmo que saia da instituição (2/3) Comportamental Recomendação a terceiros Consumo de serviços adicionais (Recurso ao prestador para a prestação de outros cuidados de saúde) (2/3) Média de Nº visitas por ano:3 	<ul style="list-style-type: none"> Atitudinal Recomendação a terceiros Consideração exclusiva (não recorre a outros prestadores para segundas opiniões) Comportamental Recomendação a terceiros (1/2) Média de Nº visitas por ano:3 <p>Relação afetiva com o médico (distante e superficial)</p> <p>Fatores de fidelização ao medico regular : disponibilidades; saber ouvir o paciente e personalizar o tratamento ao paciente; qualidade técnica</p> <p>Fatores de deserção: saída do médico da instituição onde trabalha / redução da qualidade</p> <p>Fidelização forte à instituição</p>	<ul style="list-style-type: none"> Atitudinal Recomendação a terceiros Consideração exclusiva (Não recorre a outros prestadores para segundas opiniões) Intenção de se manter com o médico mesmo que saia da instituição Comportamental Recomendação a terceiros Consumo de serviços adicionais (Recurso ao prestador para a prestação de outros cuidados de saúde) (2/4) Média de nº visitas por ano: 7 <p>Benefícios sociais entre clientes e cliente-prestador</p> <p>Fatores de fidelização ao medico regular : atualização de conhecimento / personalização do tratamento ao paciente / compreensão e dedicação do médico ao processo/ empatia e confiança da relação</p> <p>Fator de escolha: recomendação de pessoas de confiança</p> <p>Fatores de deserção: Indisponibilidade/ Não personalizar o tratamento as necessidades e estilo de vida do paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> Atitudinal Recomendação a terceiros Consideração exclusiva (Não recorre a outros prestadores para segundas opiniões) Comportamental Recomendação a terceiros (1/2) Consumo de serviços adicionais (Recurso ao prestador para a prestação de outros cuidados de saúde (1/2) Média de nº visitas por ano: 3 <p>Benefícios sociais entre clientes e cliente prestador</p> <p>Fatores de fidelização ao medico regular : satisfação/conhecimento do histórico do paciente/resultados clínicos/</p> <p>Fatores de deserção: sair da associação / relação com a médica insatisfatória</p>	<ul style="list-style-type: none"> Atitudinal Recomendação a terceiros Consideração exclusiva (não recorrer a outros prestadores para segundas opiniões) (3/5) Comportamental Recomendação a terceiros (1/5) Consumo de serviços adicionais (Recurso ao prestador para a prestação de outros cuidados de saúde) (1/5) Média de nº visitas por ano: 2 <p>Relação afetiva com o médico (distante)</p> <p>Fatores de fidelização ao medico regular : necessidade de ter um médico/disponibilidade/ preço/ qualidade clinica / confiança / atendimento</p> <p>Fatores de deserção: Maus resultados clínicos / aumento de preço / falta de disponibilidade/ má comunicação paciente</p>
Fidelização	Nível Médio/alto	Nível Médio/baixo	Nível Alto	Nível Médio	Nível Baixo

CAPÍTULO V - Discussão

Neste capítulo, os resultados obtidos irão ser discutidos com o enquadramento teórico da temática.

O objetivo principal deste estudo foi perceber os comportamentos e atitudes do paciente no relacionamento com o prestador e perceber se certos estilos práticos de cocriação de valor do consumidor podem estar associados a diferentes níveis de fidelização. Verificou-se que os estilos de cocriação do estudo de McColl-Kennedy *et al.* (2012) adequam-se à realidade dos pacientes diabéticos, possibilitando a segmentação dos seus comportamentos e atitudes para a cocriação de valor dos seus cuidados de saúde, nomeadamente em: Gestor de equipa, Controlador Insular, Parceria, Adaptação Realista e Colaboração Passiva. Constatou-se que os estilos de cocriação de valor que se encontram potencialmente associados a níveis de fidelização mais elevados é a “Parceria” e os “Gestores de equipa” e o estilo associado a níveis de fidelização mais baixos é o estilo “Colaboração Passiva”. Desta maneira o estudo sugere que os pacientes com estilos de cocriação associados a um relacionamento de colaboração com o médico, tendem a revelar uma fidelização elevada. Esta afirmação é sustentada na literatura por Bettencourt (1997), Corbin, Kelley & Schwartz (2001).. Esta relação também foi concluída por Ouschan, Sweeney & Johnson (2006) no seu estudo, onde se compreendeu que potenciar o paciente de conhecimento para uma relação colaborativa com o médico, aumenta o grau de confiança e compromisso na relação, antecedentes da fidelização. O estilo “Parceria” tende a revelar uma fidelização superior ao médico regular, enquanto o estilo “Gestor de Equipa” revela uma tendência de fidelização superior à equipa médica, uma vez que estes demonstram uma visão mais holística na gestão e controlo do tratamento da sua doença. Para além de partilharem níveis potencialmente elevados de fidelização, partilham também o envolvimento em atividades de autoaprendizagem possivelmente para poderem ter uma participação ativa com o/s médico/s que se encontram na gestão do tratamento da sua doença. Indivíduos incluídos nestes estilos consideram-se um recurso “operante” (Vargo & Lusch, 2004) imprescindível na gestão da sua doença. Também, ambos os estilos sugerem níveis de fidelização atitudinal e comportamental elevados. Os três estilos que indicam uma tendência para uma fidelização mais elevada (“Gestor de equipa”, “Parceria” e “Adaptação Realista”) apresentam características de interações sociais entre o paciente e o prestador e entre pacientes, como o sentido de familiaridade, confiança, reconhecimento pessoal, apoio social, amizade e Harmonia na comunicação, constatado serem benefícios de fidelização por Gremler & Brown (1998) e Berry (1995). Se ainda alguns inquiridos demonstraram uma relação paternalista com o seu médico, constatou-se pela maioria dos entrevistados que essa tendência foi alterada, como sugere Coulter (1999). Até mesmo os pacientes com um estilo de cocriação menos ativo, encaram que o paciente diabético é o principal responsável pelos resultados da sua saúde, sendo o médico um facilitador na gestão e controlo da doença. Esta consciência das funções do paciente é defendida por Roberge *et al.* (2001), mas também no relatório desenvolvido pela The Economist Intelligence Unit (2012), onde preveem que uma das tendências futuras no setor da saúde é uma maior capacitação do paciente no tratamento e cuidado da sua saúde. No entanto, nem todos os pacientes que demonstraram

uma maior capacidade em controlar e gerir a sua doença de forma independente, estão associados a potenciais níveis de fidelização elevados, como é o caso dos entrevistados inseridos no estilo de cocriação de “Controlador Insular”, que controlam a sua doença à distância, mantendo uma relação superficial com o prestador. Assim neste estudo a fidelização poderá estar associada a uma maior capacitação dos pacientes, mas esta sugestão é apenas viável se esses pacientes também apresentarem uma relação de colaboração com o médico. Constata-se também que os pacientes diabéticos estão conscientes das suas funções de colaboração e transparência na partilha de informação no relacionamento médico-paciente, uma vez que foram os contributos do paciente na relação médico-paciente mais enumerados pela amostra. Esta contestação é suportada na literatura por Roberge *et al.* (2001) e Prahalad & Ramaswamy (2004), estes últimos considerando mesmo a base para uma relação de cocriação o diálogo e a transparência e acesso à informação. Assim, compreendeu-se que os pacientes consideram um dever do paciente reportar ao médico a sua experiência com a doença e as suas circunstâncias situacionais em que a doença está inserida (Coulter, 1999), e por isso mesmo consideraram um forte fator de fidelização/deserção ao médico a consideração das suas necessidades, estilo de vida e experiência vivida para a criação do tratamento, que compreendem ser um retorno da informação que reportaram. Na literatura, a prestação de serviços personalizados ao cliente é considerado um dos benefícios principais de uma relação de cocriação (Devisarvitham, 2012). Talvez porque, como explicam Lucena, Gouveia e Barros (1996), uma das especificações no setor de saúde é a presença dominante de incerteza na tomada de decisões, nomeadamente, a incerteza quanto aos resultados do tratamento prescrito em cada indivíduo. A ideia de que o serviço deve ser personalizado ao consumidor é exemplificada pela entrevistada E18, que se enquadra no estilo de “Parceria”, e portanto sugere ter um nível elevado de fidelização. Quando questionada pela razão de recomendar a sua médica, respondeu: *“(...)Creio que o ponto fulcral aqui, está na capacidade de resposta que a médica tem em perceber que todos os pacientes são diferentes e que para tal são necessários diferentes planos, personalizados para cada caso. E isso demonstra grau de interesse, cuidado e profissionalismo.”*. Depreende-se assim que os resultados de uma cocriação, como uma solução customizada e focada no consumidor, tornam-se fatores justificativos da fidelização do paciente. Prahalad e Ramaswamy (2004) sugerem que o fator de diferenciação entre a concorrência para o paciente, é a experiência de cocriar com o médico a modalidade de tratamento que tem em consideração a idiossincrasia de cada paciente. Também neste projeto de investigação, com base no que foi reportado nas entrevistas, existe uma sugestão de que a cocriação de valor entre o médico e o paciente possa ser um potenciador da fidelização, sugestão confirmada nos estudos de Auh (2007) e de Devishravitham(2012). Verificou-se também outros antecedentes de fidelização apontados pela literatura. A confiança foi uma das palavras-chaves mais reproduzidas pela amostra nas diversas categorias referentes a fidelização e a relação com o médico. Este facto é sustentado na literatura por Ranaweera & Prabhu (2003) que argumentam que a confiança decresce a probabilidade de cada parte

terminar o relacionamento. Foi referido por um entrevistado (E10) que, embora não tenha demonstrado uma relação afetiva com a médica, a competência clínica do médico gerou confiança no relacionamento, facto que o fez ter uma consideração exclusiva a este para o tratamento das Diabetes. Neste caso a confiança foi gerada pela qualidade do serviço, relação já provada por Parasuraman, Zeithmal & Berry (1988). O fator de permanência com o médico mais enumerado foi a satisfação com o médico, onde todos os entrevistados argumentaram no decorrer da sua entrevista que estão satisfeitos com o médico. Ainda assim, sugere-se que esta satisfação possa estar associada aquilo que Reichheld (1996) chama de *Armadilha de satisfação*, no sentido em que os pacientes podem afirmar estarem satisfeitos sem que haja fidelização ou sem que verdadeiramente se encontrem satisfeitos. Em alguns entrevistados o nível de satisfação não parecia corresponder ou não parecia estar elevado o suficiente para uma potencial fidelização, facto também alertado por Mittel & Lassar (1998). Todos os entrevistados consideraram-se satisfeitos com o médico regular, no entanto os seus níveis de fidelização, determinado através de um maior aprofundamento da relação com o prestador, tendem a variar. Daí que Pritchard, Havitz & Howard (1999), tenham sugerido que a medição da satisfação, e consequentemente fidelização, não deva ser pelo que é reportado mas pelo quanto investem. Exemplo disso foi a variância que se comprovou neste estudo entre a fidelização auto reportada e a fidelização analisada. Quando se questionou os entrevistados pela perceção da sua fidelização, a maior parte reportou sinais de elevada fidelização, embora quando questionados por fatores singulares de fidelização, a sua potencial fidelização decresce. O tempo de convivência do paciente com a doença e o tempo de convivência do paciente com o médico não demonstrou estar particularmente relacionado com um determinado estilo prático de cocriação de valor do consumidor ou nível de fidelização ao médico. Desta maneira não foi possível confirmar neste estudo que estas variáveis possam ter uma influência na cocriação de valor do consumidor ou na sua fidelização. A longevidade com o médico é facilmente confundida com a sua fidelização. Este estudo é prova de que nem sempre a longevidade da relação com o médico é um indicador fiável da sua fidelização. Como Jones & Sasser (1995) alertam, por vezes estamos perante uma fidelização “falsa”, i.e., uma fidelização por fatores situacionais, como um menor poder de compra, que quando se alteram revelam a verdadeira fidelização do consumidor ao prestador. Por esta razão, foram realizadas na entrevista questões hipotéticas, nomeadamente, se o paciente se mantinha com o prestador caso este saísse da instituição, para testar a força deste relacionamento.

Não obstante, ao relatar a sua experiência, alguns pacientes referiram a duração da sua relação com o médico como razão da sua fraca/forte intensidade das interações no relacionamento com o médico. A força do relacionamento é na literatura indicada como um antecedente da fidelização. (Ball, Simões Coelho, & Machás, 2004). Da mesma forma, um dos fatores de fidelização ao médico regular mais enunciados pela amostra foi o conhecimento que o médico já tem sobre o paciente, sugerindo que a

razão por se manterem com o médico consiste nas vantagens que advém de um relacionamento a longo prazo.

O estudo empírico veio também testemunhar o facto da cocriação de valor se poder alastrar para fora da relação prestador direto-paciente, neste caso, alargando-se para o prestador indireto, i.e., a instituição do setor de saúde. A APDP é consciente que a doença das diabetes é uma doença complexa que necessita de ser tratada através de uma cocriação entre diversos agentes e especialidades. Desta forma, disponibiliza a cada um dos seus membros uma equipa de profissionais de saúde das diferentes especialidades que envolvem o tratamento das diabetes (Pedologista, Psiquiatria, Oftalmologista, Endocrinologista, enfermeira), de forma a que o beneficiário possa cocriar o maior valor possível. Para além da cocriação que o paciente realiza com os vários profissionais de saúde, também são realizados pela associação eventos de grupo com outros diabéticos (ações de formação, grupos de apoio, cursos sobre a diabetes, atividades de exercício físico em grupo). Estes eventos têm o intuito de desenvolver atividades complementares ao tratamento do médico (atividades de exercício físico e conhecimentos sobre regimes alimentares), a partilha de conhecimento e de apoio moral entre os diabéticos. Deste modo, a própria associação pratica a teoria de “*sistema de serviço*” de Vargo, Meglio & Alaka (2008), o que também sugere o posto por Prahalad E Ramswamy (2004), de que a função do prestador consiste em proporcionar um ambiente para que o consumidor possa cocriar a sua experiência. A maioria dos entrevistados referenciam estes fatores para justificar uma fidelização superior à associação do que ao prestador direto, contrariamente ao testemunhado por Roberge *et al.* (2001), i.e., que os pacientes tendem a se tornar mais fidelizados aos médicos do que a uma instituição de saúde. Não obstante, os pacientes também evidenciaram comportamentos do médico como recurso facilitador para uma melhor “experiência” com a doença, nomeadamente na quebra de estigmas em relação à doença (E10) ou ao mostrar que a doença não limitava uma pessoa, mas antes obrigava-a a praticar um estilo e vida mais saudável (E18). Dos fatores referidos pelos entrevistados que o poderiam fazer abandonar o médico mais de metade são relativos à experiência que tem com o prestador (generalização do tratamento para todos os pacientes; falta de confiança; Comportamento negativo por parte do médico; falha na comunicação com o paciente e Mau atendimento). Uma das razões porque se preferiu utilizar a técnica de investigação qualitativa, foi exatamente para se poder analisar o fenómeno em estudo através da experiência vivida pelo participante. Esta opção revelou um grande contributo no sentido em que não há uma ideia pré-concebida do que os entrevistados devem responder, mas sim uma interpretação da entrevista consoante os exemplos da sua experiência (Engnström, 2012). Apenas através do relato da sua experiência, pôde-se verificar referências associadas aos princípios fundamentais da teoria da Lógica Dominante do Serviço de Vargo & Lusch (2004;2008). Outra informação importante referida através das experiências vividas pelos pacientes foi uma das oportunidades que a literatura anuncia que a cocriação impulsiona, nomeadamente, como o consumidor, para além da sua própria cocriação com o prestador, também facilita a cocriação de

outros consumidores com o prestador (Payne, Storbacka, & Frow, 2008). Este facto também vem comprovar que a comunicação entre os participantes de uma rede de relacionamentos cocria valor, fomentando a confiança, aprendizagem e adaptação (Ballantyne *et al.*, 2008).

Limitações do estudo

Neste estudo, assume-se que certos estilos de cocriação estão relacionados com certos comportamentos e atitudes de fidelização por vias de método indutivo, i.e., constata-se que existe uma relação por o inquirido A,B e C , todos com características do mesmo estilo de cocriação, também apresentarem características semelhantes de fidelização.

A APDP é uma instituição onde os médicos são escolhidos pela associação. O paciente neste caso não tem liberdade de escolha dos prestadores diretos. Podemos assim estar presentes a uma fidelização falsa, nomeadamente por conveniência (Jones & Sasser, 1995), como já foi salientado neste capítulo. No entanto, durante a entrevista os entrevistados foram interrogados diretamente e indiretamente sobre a sua fidelização, exatamente para se conseguir compreender e interpretar a fidelização real dos entrevistados.

Sugestões para investigações futuras

Neste estudo, o principal enfoque foi na relação de cocriação entre o paciente e o médico. No entanto, esta é apenas uma das relações de cocriação existentes no denominado “*sistema de serviço*” (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008). Seria interessante estudar outras relações entre atores que integram recursos para a cocriação de valor do consumidor no setor da saúde , nomeadamente entre profissionais de saúde, entre o prestador direto (profissional de saúde) e o prestador indireto (instituição) ou entre instituições de saúde concorrentes. Também seria interessante a análise do circuito de uma cocriação de valor, de modo a realizar um mapa de “constelações” das diversas interações e atores que foram necessários para a cocriação de valor do consumidor.

O estudo realizado por meio da experiencia dos pacientes fez com que se seleciona-se uma amostra muito específica tanto em termos epidemiológicos como em termos de limitação a um só tipo de instituição. Seria interessante recriar o estudo em pacientes de outras doenças e em outros tipos de instituições de saúde, de modo compreender a extensividade de aplicação destes estilos.

O presente estudo, foi um estudo de metodologia qualitativa que pretende aprofundar e dar a conhecer a realidade da cocriação no setor da saúde e quais as atividades e interações realizadas pelos pacientes. Com esta informação, sugere-se que o estudo seja desenvolvido e aplicado numa metodologia quantitativa e numa população mais abrangente.

Não existindo uma medida mensurável do nível de cocriação dos indivíduos, é relevante alertar-se para a necessidade de construção e validação de uma escala de cocriação, permitindo uma recolha de dados muito mais facilitada.

CAPÍTULO V I – Conclusão

Da teoria suportada neste trabalho, retiramos que o valor é sempre e unicamente criado pelo beneficiário, por se tratar de *valor-em-uso*. Sendo o paciente a determinar o valor que tem uma oferta, torna-se indispensável para a sua fidelização compreender quais as características que mais valoriza ou que lhe providenciam uma maior utilidade. Constata-se na literatura e no presente trabalho os benefícios que advêm do relacionamento entre médico-paciente, tornando-se a experiência nesta interação o ponto fulcral para a criação de um valor único. O presente trabalho analisa e segmenta as atitudes e comportamentos que os pacientes têm neste relacionamento e reporta o que cada segmento valoriza no relacionamento com o prestador direto. Desta maneira, o prestador compreende como pode cocriar valor com o tipo de paciente que se apresenta à sua frente e como pode auxiliá-lo na cocriação de um valor que este percebe ter maior utilidade. Pretendendo também demonstrar os benefícios que a cocriação tem para o prestador, também se analisou os fatores de fidelização que cada estilo mais valoriza e a propensão à fidelização de cada estilo.

O presente projeto de investigação identificou os estilos práticos de cocriação de valor do consumidor (CVCPS) que poderão gerar uma maior fidelização, nomeadamente, o Estilo “Gestor de equipa” e o Estilo “Parceria”, ambos associados a um papel ativo na gestão da sua doença e no relacionamento com o médico. Desta maneira, o estudo desenvolvido sugere como é que o prestador pode identificar os pacientes que estão dispostos a uma relação de cocriação de valor e sugere como estes podem ser retidos. Pretende-se assim que os resultados deste projeto de investigação incentivem os prestadores a criar e a persuadir o paciente em envolver-se num relacionamento de maior envolvimento e colaboração na gestão da sua doença.

Embora este trabalho tenha um maior enfoque na relação médico –paciente, as próprias organizações deverão implementar estratégias de cocriação, de modo a proporcionar um ambiente facilitador de recursos à cocriação de valor dos seus utentes. Como se constatou neste trabalho, os pacientes apresentam uma maior resistência à mudança para outra organização, se esta se posicionar como uma integradora de recursos para a sua Co- criação de valor. Finalizando, o projeto de investigação realizado pretende ser um contributo teórico para a investigação académica em Marketing, nomeadamente pela revisão exaustiva e consolidada dos temas de cocriação de valor e fidelização. Segundo, a aplicação empírica da temática no setor de saúde apresenta-se como uma nova solução para a sustentabilidade financeira, económica e social das instituições de saúde. Tenciona-se fundamentalmente apelar ao interesse do setor para os benefícios de uma boa gestão do relacionamento entre o médico e o paciente. McColl-Kennedy *et al.* (2012) já sugeriram a associação de uma relação de cocriação de valor e resultados clínicos positivos. Este estudo vem explorar os benefícios de marketing, associados à cocriação de valor na saúde, nomeadamente, a fidelização,

comportamental e atitudinal. Esta estratégia de marketing de relacionamento posiciona-se como uma solução inovadora e integradora de recursos para uma melhor gestão em saúde.

Bibliografia

AKIN, E. (2012). Literature Review and Discussion on Customer Loyalty and Consciousness. [Em Linha] **European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences** 158-173. [Consultado a 10 de janeiro de 2013] Disponível em : <http://faculty.mu.edu.sa/public/uploads/1362146278.4271Customer%20Loyalty10.pdf>

ARNOULD, E. J., . PRICE, L. L., & MALSHE, A. (2006). Toward a Cultural Resource-Based Theory of the Customer. In R. F. Lusch, & S. L. Vargo, **The new dominant logic in Marketing**, eds., Armonk, NY: M. E. Sharpe (pp. 91-104). [Em linha] Armonk, Nova Iorque: M.E. Sharpe. [Consultado a 19 de fevereiro de 2012] Disponível em : http://www.academia.edu/1045948/Price_and_Avinash_Malshe_2006_Toward_a_Cultural_Resource-Based_Theory_of_the_Customer_

ARNOULD, E. (2007). Service-dominant logic and consumer culture theory:natural allies in an emerging paradigm. In R. Belk, & J. Sherry, **Research in consumer behaviour: Consumer culture Theory** (pp. 1-465).[Em linha] Elsevier. [Consultado a 14 de março de 2013]Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/books.htm?chapterid=1904136&show=pdf>

AUH, S., BELL, S. J., MCLEOD, C. S., & SHIH, E. (2007). Coproduction and customer loyalty in financial services. [Em linha] **Journal of retailing** , 359-371. [Consultado a 10 de janeiro de 2013] Disponível em : <http://connection.ebscohost.com/c/articles/25937664/coproduction-customer-loyalty-financial-services>

AZEVEDO, A. (2009). Designing unique and memorable experiences: cocreation and the "surprise" fator.In III CONGRESSO INTERNACIONAL DE TURISMO DE LEIRIA E OESTE – 2009. [Em Linha] Leiria: Universidade do Minho. [Consultado a 21 de janeiro de 2013] Disponível em :http://cassiopeia.ipleiria.pt/esel_eventos/files/3903_10_BEST_PAPER__AntonioAzevedo_4bf562aed71a9.pdf

BALL, D., SIMÕES COELHO, P., & MACHÁS, A. (2004). The role of communication and trust in explaining customer loyalty: An extension to the ECSI model. [Em linha] **European Journal of Marketing** , 1272-1293.[Consultado a 13 de dezembro de 2013] Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=853966>

BALLANTYNE, D., VAREY, R. J., FROW, P., & PAYNE, A. (2008). Service-dominant logic and value propositions: Reexamining our mental models. In OTAGO FORUM 2. 2008. [Em Linha] Otago. (pp. 1-20). [Consultado a 3de fevereiro de 2013] Disponível em: http://www.business.otago.ac.nz/marketing/events/OtagoForum/Final%20forum%20papers/Otago%20Forum%20Paper%205_Ballantyne.pdf

BARDIN, L. (1977). **Análise de Conteúdo**. Presses Universitaires de France.

BARTL, M. (dezembro de 2009). Patients as Partners - Cocreation in Health Care. [Em Linha] **The Making-of Innovation** [Consultado a 3 de fevereiro de 2012]. Disponível em: <http://www.michaelbartl.com/article/patients-as-partners%E2%80%93co-creation-in-health-care/>

BELL, S., AUH, S., & SMALLEY, K. (2005). Customer Relationship Dynamics: Service Quality and Customer Loyalty in the context of Varying levels of customer expertise and switching costs.[Em Linha] **Journal Of The Academy Of Marketing Science**. 169-183. [Consultado a 21 de janeiro de 2013] Disponível em : <http://link.springer.com/article/10.1177%2F0092070304269111#page-1>

BENDAPULI, N., & LEONE, R. (2003). Psychological Implications of Customer participation in coproduction.[Em Linha] **Journal of Marketing**, 14-28.[Consultado a 12 de março de 2013]Disponível em: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/30040508?uid=39459&uid=402360&uid=3738880&uid=368665151&uid=5911000&uid=2&uid=3&uid=39450&uid=67&uid=62&sid=21102544115397>

BERRY, L. (1995). Relationship Marketing of Services-- Growing Interest, Emerging perspectives.[Em Linha] **Journal of the Academy of Marketing Science** , 236-245.[Consultado a 10 de janeiro] Disponível em : <http://link.springer.com/article/10.1177/009207039502300402>

BERRY, L., & BENDAPULI, N. (2007). Healthcare - A fertile field for service research.[Em Linha] **Journal Of Service Research** , 111-122.[Consultado a 8 de novembro] Disponível em: http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/disciplinas/495_serv_20090518_health_care.pdf

BETTENCOURT, L. (1997). Customer Voluntary Performance: Customers As Partners In Service Delivery. [Em Linha] **Journal of Retailing** , 73, 383-406.[Consultado a 21 de janeiro] Disponível em : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022435997900245>

BITNER, M. J. (1990). Evaluating Service Encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. [Em Linha] **Journal of Marketing** , 69-82. [Consultado a 23 de janeiro] Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/1251871>

BLEICH, S., OZALTIN, E., & MURRAY, C. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? [Em Linha] **Bulletin of the World Health Organization** , 271-278.[17 de outubro de 2012] Disponível em : <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/07-050401/en/>

BOLTON, R. N., & DREW, J. H. (1991). A Multi-Stage Model of Customers Assessments of Service Quality and Value. [Em Linha] **Journal of Consumer Research** , 375-384.[Consultado a 24 de janeiro de 2013] Disponível em : <http://www.jstor.org/discover/10.2307/2626833?uid=39459&uid=402360&uid=3738880&uid>

=368665151&uid=5911000&uid=2&uid=3&uid=39450&uid=67&uid=62&sid=21102166249563

BOORA, K., & SINGH, H. (2011). Customer Loyalty and its antecedents : a conceptual framework. [Em Linha] Asia Pacific **Journal of Research in Business** , 151-164.[Consultado a de 21 de janeiro de 2013] Disponível em: http://www.skirec.com/images/download/apjrbm/APJRBM-VOL2-ISSUE1-JAN2011/2.11%20Harvinder%20Singh%20paper%20Customer_Loyalty_2010.pdf

BORDEAU, B. L. (2005). A New Examination of Service Loyalty: Identification of the Antecedents and Outcomes of an Attitudinal loyalty Framework. [Em Linha] Florida: Electronic Theses, Treatises and Dissertations.[Consultado a 14 de Janeiro de 2013] Disponível em : <http://diginole.lib.fsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2606&context=etd>

BOSE, S., & RAO, V. G. (2011). Perceived benefits of customer loyalty programs: validating the scale in the Indian context. [Em Linha] **Management & Marketing** , 543-560.[Consultado a 23 de Janeiro de 2013] Disponível em: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/71793277/perceived-benefits-customer-loyalty-programs-validating-scale-indian-context>

BOWEN, D., & JONES, G. (1986). Transaction Cost Analysis of Service Organization-Customer exchange. [Em Linha] **Academy of Management review** , 428-441.[Consultado a 8 de novembro de 2013] Disponível em: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/258470?uid=39459&uid=402360&uid=3738880&uid=368665151&uid=5911000&uid=2&uid=3&uid=39450&uid=67&uid=62&sid=21102166249563>

BOWEN, J. T., & CHEN, S.-L. (2001). The relationship between customer loyalty and customer satisfaction. [Em Linha] **International Journal of Contemporary Hospitality Management**. 213 - 217.[Consultado a 22 de janeiro de 2013]Disponível em: http://www.emeraldinsight.com/case_studies.htm/case_studies.htm?articleid=867386&show=html

BURANARACH, M., THATPHITHAKKUL, N., KAWTRAKUL, A., WONGROCHANANAN, S., KULNAWAN, N., & JIAMJARASRANGSI, W. (2010). Development of a personalized knowledge portal to support diabetes patient self-management. [Em Linha] MEDES '10: INTERNATIONAL ACM CONFERENCE ON MANAGEMENT OF EMERGENT DIGITAL ECOSYSTEMS, (pp. 1-8). Bangkok. [Consultado a 7 de dezembro de 2012] Disponível em: <http://dl.acm.org/citation.cfm?id=1936290>

BURANARACH, M., THATPHITHAKKUL, N., KAWTRAKUL, A., WONGROCHANANAN, S., KULNAWAN, N., JIAMJARASRANGSI, W., et al. (2010). Development of Service Systems to Support Diabetes Patient Self-management using a personalized service framework. [Em Linha] MEDES'10: INTERNATIONAL ACM

CONFERENCE ON MANAGEMENT OF EMERGENT DIGITAL ECOSYSTEMS, (pp. 26-29). Bangkok.[Consultado a 7 de dezembro de 2012] Disponível em: <http://dl.acm.org/citation.cfm?id=2015726>

CARBONELL, P., RODRÍGUEZ-ESCUADERO, A., & PUJARI, D. (2009). Customer involvement in new service development: An examination of antecedents and outcomes. [Em Linha] **Journal of Product Innovation Management** , 536-550.[Consultado a 12 de março de 2013] Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-5885.2009.00679.x/abstract>

CASSEL, C., & EKLOF, J. A. (2001). Modelling customer satisfaction and loyalty on aggregate levels: Experience from the ECSI pilot study. [Em Linha] **Total Quality Management**. 834-841.[Consultado a 21 de janeiro de 2013] Disponível em: http://www.emeraldinsight.com/bibliographic_databases.htm?id=1352994

CERMARK, D., FILE, K., & PRINCE, R. (1994). Customer Participation in service specification and delivery. [Em Linha] **Journal of Applied Business Research** , 90-97.[Consultado a 2 de março de 2013] Disponível em: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/9611270160/customer-participation-service-specification-delivery>

CHAMBEL, P., & al., e. (2011). Caracterização de doentes com diabetes mellitus tipo 2 medicados com vildagliptina. [Em Linha] **Ata Médica Portuguesa** , 24, 555-560. [Consultado a 23 de abril de 2013] Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2011-24/4/555-560.pdf>

CHASE, R. (2010). Revisiting "Where does the customer fit in a service operation?". [Em Linha] . **Handbook of Service Science**. 11-17. [Consultado a 2 de março de 2013]Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10239167>

CHOI, K.-S. C.-H., LEE, S., LEE, H., & KIM, C. (2004). The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intentional in healthcare provider choice : A south korean study. [Em Linha] **.Journal of Business Research** , 913-921. [Consultado a 31 de janeiro de 2013] Disponível em: http://journals.ohiolink.edu/ejc/article.cgi?issn=01482963&issue=v57i0008&article=913_traqvsiihcpc

COMISSÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. (2007). **Relatório final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa.** [Em Linha] Ministério da Saúde. [Consultado a 20 de janeiro de 2013] Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>

CORBIN, C., KELLEY, S., & SCHWARTZ, R. (2001, julho). Concepts in service marketing for healthcare professionals. [Em Linha] **.The American Journal of Surgery** , pp. 1-

7.[Consultado a 12 de julho de 2013]Disponível em:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961000005353>

COULTER, A. (1999). Paternalism or Partnership? [Em Linha] **British Medical Journal** . 719-720.[Consultado a 5 de março de 2013] Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1116580/>

CRONIN, J. J., BRADY, M. K., & HULT, G. M. (2000). Assessing the Effects of Quality, Value, and Customer Satisfaction on Consumer Behavioral Intentions in Service Environments. [Em Linha] **Journal of Retailing** , 193-218.[Consultado a 22 de janeiro de 2013] Disponível em: <http://global.broad.msu.edu/hult/publications/JR00.pdf>

CROW, R., GAGE, H., HAMPSON, S., HART, J., KIMBER, A., & STOREY, L. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. [Em Linha] **Health Technology Assessment** , 1-90. [Consultado a 5 de fevereiro de 2013]Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12925269>

DANAEI, G., FINUNCANE, M. M., LU, Y., SINGH, G. M., COWAN, M. J., PACIOREK CJ, L. J., et al. (2011). [Em Linha] National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. **The Lancet** .378.[Consultado a 23 de abril de 2013]. Disponível em:
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60679-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60679-X/abstract)

DEVISARVITAHAM, E. R. (2012). **Modelling Cocreation and its Consequences:One Step Closer to Customer-centric Marketing**. [Em Linha] Auckland University of Technology.[Consultada a 11 de dezembro de 2012] Disponível em:
<http://aut.researchgateway.ac.nz/handle/10292/4710>

DIABETES ATLAS COMMITE. (2006). **Diabetes Atlas (3ª ed.)**. [Em Linha] Brussels: International Diabetes Federation.[Consultada a 21 de maio de 2013] Disponível em:
<http://www.idf.org/diabetesatlas>

DIABETES ATLAS COMMITE. (2012). **Diabetes Atlas (5ª ed.)**. [Em Linha] Brussels: International Diabetes Federation. [Consultada a 21 de maio de 2013] Disponível em :
<http://www.idf.org/diabetesatlas>

DICK, A., & BASU, K. (1994). Customer Loyalty: Toward an Integrated conceptual Framework. [Em Linha] **Journal of the Academy of Marketing Science** , 99-113.[Consultada a 21 e janeiro de 2013] Disponível em:
<http://link.springer.com/article/10.1177%2F0092070394222001#page-1>

DONG, B., EVANS, K. R., & ZOU, S. (2008). The effects of customer participation in cocreated service recovery. [Em Linha] **Journal of the Academy of Marketing Science** , 123-137.[Consultada a 13 de janeiro de 2012] Disponível em:
<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11747-007-0059-8#page-1>

- DRUCKER, P. F. (1993). *Post Capitalist Society*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- EAST, R., GENDALL, P., HAMMOND, K., & LOMAX, W. (2005). Consumer Loyalty : Singular, additive or interactive? [Em Linha] **Australasian Marketing Journal** , 10-26.[Consultada a 23 de novembro de 2012] Disponível em: http://www.emeraldinsight.com/bibliographic_databases.htm?id=1547805&show=abstract
- EAST, R., SINCLAIR, J., & GENDALL, P. (2000). Loyalty: Definition and Explanation. [Em Linha] ANZMAC 2000 Visionary Marketing for the 21st Century: Facing the Challenge, (pp. 286-290).[Consultada a 22 e Jnaiero de 2013] Disponível em : <http://anzmac.info/conference/2000/CDsite/papers/e/East1.PDF>
- ENGSTRÖM, J. (2012). **Cocreation in Healthcare Service Development - A diary- based Approach**. [Em Linha] Linköping: Linköping University.[Consultada a 3 de dezembro de 2012] Disponível em: <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:535113/FULLTEXT01>
- ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. (2011). **Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde**. [Em Linha] Porto: Ministério da Saúde. [Consultado a 20 de janeiro de 2013] Disponível em: https://www.ers.pt/pages/18?news_id=12
- ESTEVES, A. R. (2011). **Fatores de fidelização em instituições de saúde : a perspetiva do cliente**. [Em Linha] Universidade do Minho.[Consultada a 5 de fevereiro de 2012] Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/17219>
- FERGUSON, R., & BROHAUGH, B. (2007). The dragonslayers. **Colloquy** , 4-7.
- FISK, T., BROWN, D., CANNIZARO, K., & NAFTALI, B. (1990). Creating patient satisfaction and loyalty. [Em Linha] **Journal of Health Care Marketing**. 5-16.
- FOROUZANDEH, S., & AHMADI, P. (2010). Maintaining Customer Loyalty in a De-Regulating Service Industry. **International Bulletin of Business Administration**. 35-47.
- FORTIN, M.-F. (1999). *O processo da Investigação - Da conceção à Realização*. Loures: Lusociência.
- FREIRE, K., & SANIORIGI, D. (2010). Service Design & Healthcare I nnovation: from consumption to coproduction and cocreation. [Em Linha] SECOND NORDIC CONFERENCE ON SERVICE DESIGN AND SERVICE INNOVATION (pp. 1-11). Linköping: ServDes.[Consultado a 11 de junho de 2013] Disponível em: http://academia.edu/628119/SERVICE_DESIGN_and_HEALTHCARE_INNOVATION_from_consumption_to_coproduction_and_cocreation
- GARBARINO, E., & JOHNSON, M. (1999). The different roles of satisfaction, trust, and commitment in customer relationships. [Em Linha] **Journal of Marketing** , 70-88.[Consultado a 24 de janeiro de 2013] Disponível em: <http://web.cerhum.es/wp-content/uploads/2010/12/paper7.pdf>

GARLAND, R., & GENDALL, P. (2004). Testing Dick and Basu's Customer Loyalty Model. [Em Linha] **Australasian Marketing Journal** , 81-87.[Consultado a 21 de Janeiro de 2013] Disponível em: http://www.emeraldinsight.com/bibliographic_databases.htm?id=1462739&show=abstract

GRAY, B. A. (2007). **The Influence Of Service Quality Perceptions And Customer Satisfaction On Patients' Behavioral Intentions In The Healthcare Industry**. [Em Linha] Port Elizabeth: Faculty of Business and Economic Sciences/ Nelson Mandela Metropolitan University.[Consultado a 4 de novembro de 2012] Disponível em: <http://dspace.nmmu.ac.za:8080/jspui/bitstream/10948/514/1/BAGray.pdf>

GREMLER, D., & BROWN, S. (1996). **Service Loyalty: Its Nature, Importance, and Implications**. [Em Linha] In B. Edvardsson, S. Brown, R. Johnston, & E. Scheuing, *Advancing Service Quality: A Global Perspective* (pp. 171-180). Jamaica: ISQA.[Consultado a 6 de junho de 2013] Disponível em: http://www.gremler.net/personal/research/1996_Service_Loyalty_QUIS5.pdf

GREMLER, D., & BROWN, S. (1998). **The Loyalty Ripple effect**.Appreciating the full value of customers. [Em Linha] *International Journal of Service Industry Management* , 271-291.[Consultado a 6 de janeiro de 2013] Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=851667&show=html>

GRÖNROOS, C. (1994). From Marketing-Mix To Relationship Marketing : Towards A Paradigm Shift In Marketing. [Em Linha] **Management decision** , 4-20. [Consultado a 18 de fevereiro de 2013]. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=864686>

GRÖNROOS, C. (1997). Value-driven Relational Marketing: from Products to Resources and competencies. [Em Linha] **Journal of Marketing Management** , 407-419.[Consultado a 24 de janeiro de 2013] Disponível em: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0267257X.1997.9964482#.Uehy_NLFUuc

GRÖNROOS, C. (2010). A service perspective on business relationships: The value creation, interaction and marketing interface. [Em Linha] **Industrial Marketing Management** , 240-247.[Consultado a 24 de janeiro de 2013] Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0019850110001197>

GRÖNROOS, C.(2008)."Service logic revisited: who creates value? And who cocreates?". [Em Linha] **European Business Review**, pp. 298 - 314. [Consultado a 13 de janeiro de 2012] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/09555340810886585>

GROTE, K., NEWMAN, J., & SUTARIA, S. (2007). **A Better Hospital Experience**. [Em Linha] *The McKinsey Quarterly*. [Consultado a 19 de abril de 2013] Disponível em: http://workplaceelements.com/wp-content/uploads/2011/11/2007_A-Better-Hospital-Experience.pdf

- GUMMESON, E. (2007). Exit Services Marketing - Entering Service Marketing. [Em Linha] **The Journal of Customer Behaviour** , 113-141.[Consultado a 28 de fevereiro de 2013] Disponível em: http://www2.ifm.eng.cam.ac.uk/ssme/references/Gummesson_ref_cambridgessme07.pdf
- GWINNER, K., GREMLER, D., & BITNER, M. (1998). Relational Benefits in Services Industries: The Customer's Perspective. [Em Linha] **Journal of the Academy of Marketing Science** , 26 (2), 101-114.[Consultado a 19 e janeiro de 2013] Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1177%2F0092070398262002>
- HAGGERTY, J. (2010). Are measures of patient satisfaction hopelessly flawed?: No, but they need further refinement. [Em Linha] **British Medical Journal**. p790.[Consultado a 24 de novembro de 2012] Disponível em: <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4783>
- HALLOWELL, R. (1996). The relationships of customer satisfaction, customer loyalty, and profitability: an empirical study. [Em Linha] **International Journal of Service Industry Management** , 27 - 42. [Consultado a 13 de fevereiro de 2013] Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=851602>
- HEINONEN, K., STRANDVIK, T., & MICKELSSON, K.-J. (2010). A Customer- Dominant Logic of service. [Em Linha] **Journal of Service Management** , 531-548.[Consultado a 12 de março de 2012] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/09564231011066088>
- HOYER, W., CHANDY, R., DOROTIC, M., KRAFTT, M., & SINGH, S. (2011). Consumer Cocreation in New Product Development. [Em Linha] **Journal Of Service Research** , 283-297.[Consultado a 12 de março de 2013] Disponível em: <http://jsr.sagepub.com/content/13/3/283>
- HUMPHREYS, A., & GRAYSON, K. (2008). The Intersecting Roles of Consumer and Producer: A critical prespective on Coproduction, Cocreation and Prosumption. [Em Linha]. **Sociology Comass** , 963-980.[Consultado a 4 de março de 2013] Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-9020.2008.00112.x/abstract>
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. (2012). IDF Diabetes Atlas update 2012. In International Diabetes Federation. [Consultado a 22 de maio de 2013] Disponível em: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/Update2012>
- IZQUIERDO, C., CILLÁN, J., & GUTIÉRREZ, S. (2005). The impact of customer relationship marketing on the firm performance: a Spanish case. **The Journal of Services Marketing** , 234-244.[Consultado a 23 de janeiro de 2013]Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1509835>
- JAIPAUL, C., & ROSENTHAL, G. (2003). Do hospitals with lower mortality have higher patient satisfaction? A regional analysis of patients with medical diagnoses.[Em Linha] **American Journal of Medical Quality** , 59-65. [Consultado a 4 de janeiro de 2013] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12710554>

- JAVALGI, R. R., & MOBERG, C. R. (1997). Service loyalty: implications for service providers. [Em Linha] **Journal of services Marketing** , 165-179. [Consultado a 6 de janeiro de 2013] Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=855787&show=html>
- JENSEN, J. M., & HANSEN, T. (2006). An empirical examination of brand loyalty. [Em Linha] **Journal of Product & Brand Management** , 442-449.[Consultado a 22 de janeiro de 2013] Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1581799&show=html>
- JONES, T. O., & SASSER, W. (1995). Why satisfied customers defect. Harvard Business review , 1-14.[Consultado a 23 de janeiro de 2013] Disponível em: <http://hbr.org/1995/11/why-satisfied-customers-defect/ar/1>
- KESSLER, D., & MYLOD, D. (2011). Does Patient satisfaction affect Patient Loyalty? Journal of Health Care Quality Assurance , 266 - 273.[Consultado a 19 de outubro de 2012] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21938972>
- KIRAN, K., & DILJIT, S. (2011). Antecedents of Customer Loyalty: Does Service Quality Suffice?[Em Linha] **Malaysian Journal of Library & Information Science**. 95-113.[Consultado a 24 de janeiro de 2013] Disponível em: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/74122169/antecedents-customer-loyalty-does-service-quality-suffice>
- KOTLER, P., & ARMSTRONG, G. (2000). Principles of Marketing. London: Pearson.
- LAM, S., SHANKAR, V., ERRAMILI, K., & MURTHY, B. (2004). Customer Value, Satisfaction, Loyalty, and Switching Costs: An Illustration From a Business-to-business context. **Journal of the Academy of Marketing Science** , 293-311. [Consultado a 7 de janeiro de 2012] Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1177%2F0092070304263330#page-1>
- LAWER, C. (2005). **On Customer Knowledge Co-Creation And Dynamic Capabilities**. [Em Linha] Cranfield: Cranfield University.[Consultado a 5 de fevereiro de 2013] Disponível em: <http://www.stephan-robert.ch/attachments/File/SU10/on-customer-knowledge-co-creation-and-dynamic-capabilities.pdf>
- LEE, M., & CUNNIGHAM, L. F. (2001). A cost/benefit approach to understanding service loyalty.[Em Linha] **Journal of Services Marketing**. 113-130.[Consultado a 24 de janeiro de 2013] Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=855900>
- LEE, T. H. (2010). Putting the Value Framework to Work. [Em Linha] **The New England Journal of Medicine**. 2481-2483.[Consultado a 7 de março de 2013] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21142527>
- LUCENA, D., GOUVEIA, M., & BARROS, P. P. (julho / setembro de 1996). O que é diferente no setor da saúde? **Revista Portuguesa de Saúde Pública** , pp. 21-23.

LUSCH, R., & VARGO, S. (2006a). **Service - dominant logic as a foundation for a general theory**. In R. Lusch, & S. Vargo, *The Service-Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate and Directions* [Em Linha] (pp. 406-420). Armonk: Sharpe Inc.[Consultado a 25 de fevereiro de 2013] Disponível em: http://www.sdlogic.net/LuschVargo2006_Book_Ch26.pdf

LUSCH, R., & VARGO, S. (2006b). Service-dominant logic: reactions, reflections and refinements.[Em Linha] **SAGE publications** , 1-8.[Consultado a 19 de fevereiro de 2013] Disponível em: http://sdlogic.net/LuschVargo2006_JMT.pdf

LUSCH, R., VARGO, S., & O'BRIEN, M. (2007). Competing through service: Insights from service-dominant logic. [Em Linha] **Journal of Retailing**. 5-18.[Consultado a 11 de dezembro de 2013] Disponível em: <http://www.sdlogic.net/LuschVargoObrien2007.pdf>

LUSCH, R., VARGO, S., & WESSELS, G. (2008). Toward a conceptual foundation for service science: Contributions from service-dominant logic.[Em Linha] **IBM Systems Journal**. 5-14.[Consultado a 19 de fevereiro de 2013]Disponível em: <http://sske.cloud.upb.ro/sskemw/images/6/66/Lusch.pdf>

LUXFORD, K. (2012). What does the patient know about Quality? [Em Linha] **International Journal for Quality in Health Care**. 439-440.[Consultado a 16 de setembro de 2012] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22918180>

MARTENSEN, A., & GRONHOLDT, L. (2003). Understanding and Modelling Brand Equity. [Em Linha] **Asian Journal on quality**. 73-100.[Consultado a 24 de janeiro de 2013] Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1910379>

MARTENSEN, A., GRONHOLDT, L., & KRISTENSEN, K. (2000). The drivers of customer satisfaction and loyalty: Cross-industry findings from Denmark.[Em Linha] **Total Quality Management**. 544-553.[Consultado a 22 de Janeiro de 2013] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/09544120050007878>

MASCARENHAS, A., KESAVAN, R., & BERNACCHI, M. (2004). Customer value-chain involvement for cocreating customer delight.[Em Linha] **Journal of Consumer Marketing** , 486 - 496.[Consultado a 11 de dezembro de 2012] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/07363760410568707>

MCCOLL-KENNEDY, J., VARGO, S. L., DAGGER, T. S., SWENNEY, J. C., & Kasteren, Y. v. (2012). Health Care Customer Value Cocreation Practice Styles. [Em Linha] **Journal of service research** , 1-20.[Consultado a 8 e novembro de 2012] Disponível em: <http://jsr.sagepub.com/content/early/2012/04/29/1094670512442806>

MCCOLL-KENNEDY, J., VARGO, S., DAGGER, T., & SWEENEY, J. (2009). Customers as Resource Integrators: Styles of Customer Cocreation. [Em Linha] **NAPLES FORUM ON SERVICES: SERVICE-DOMINANT LOGIC, SERVICE SCIENCE AND NETWORK THEORY** (pp. 1-24). Caprí.[Consultado a 7 de novembro de 2012] Disponível em:

http://www.naplesforumonservice.it/uploads/site_files/Meccoll%20%20Customers%20as%20Resource%20Integrators%20Styles%20of%20Customer%20Cocreation.pdf

MCDUGALL, G. H., & LEVESQUE, T. (2000). Customer satisfaction with services: putting perceived value into the equation. [Em Linha] **Journal of Retailing** .392-410.[Consultado a 2 de fevereiro]Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=855882&>

MEI-LIEN, L., & GREEN, R. D. (2011). A mediating influence on customer loyalty: The role of perceived value.[Em Linha]. **Journal of Management and Marketing Research**. 1-12.[Consultado a 10 de setembro de 2012] Disponível em: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/59782905/mediating-influence-customer-loyalty-role-perceived-value>

MICHAELIDOU, N., & DIBB, S. (2008). Consumer involvement: a new perspective. [Em Linha] **Marketing Review**. 83–99.[Consultado a 2 de março de 2013] Disponível em: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/31655898/consumer-involvement-new-perspective>

MICHEL, S., VARGO, S., & LUSCH, R. (2008). Reconfiguration of the conceptual landscape: a tribute to the service logic of Richard Normann. [Em Linha] **Journal Of The Academy Marketing Science** , 152-155.[Consultado a 28 de fevereiro de 2013] Disponível em: http://www.researchgate.net/publication/225579407_Reconfiguration_of_the_conceptual_landscape_a_tribute_to_the_service_logic_of_Richard_Normann/file/79e41507ebf0d13eba.pdf

MITTAL, B., & LASSAR, W. M. (1998). Why do customers switch? The dynamics of satisfaction versus Loyalty. [Em Linha].**Journal of Services Marketing**. 177-194. [Consultado a 19 de outubro de 2012] Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=855813>

MOLINER, M. A. (2009). Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services.[Em Linha] **Journal of Service Management**. 76-97.[Consultado a 31 de janeiro de 2013] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/09564230910936869>

MORGAN, R. M., & HUNT, S. D. (1994). The commitment-trust theory of Relationship Marketing. [Em Linha] **Journal of Marketing**.20-38.[Consultado a 5 de fevereiro de 2013] Disponível em: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/1252308?uid=3738880&uid=2&uid=4&sid=21102546164297>

MORTAZAVI, S., KAZEMI, M., SHIRAZI, A., & AZIZ-ABADI, A. (2009). The Relationships between Patient Satisfaction and Loyalty in the private hospital industry [Em Linha]. **Iranian Journal of Public Health** , 60-69. [Consultado a 5 de novembro de 2012] Disponível em: <http://ijph.tums.ac.ir/index.php/IJPH/article/view/128.pdf>

NAIDU, A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality.[Em Linha] **International Journal of Health Care Quality Assurance**. 366-381.[Consultado a 4 de novembro de 2012] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/09526860910964834>

NORMANN, R. (2001). **Reframing Business: When the Map Changes the Landscape**. Chichester: Wiley.

NORMANN, R., & RAMÍREZ, R. (1993, julho/agosto). From Value Chain to Value Constellation: Designing Interactive Strategy.[Em Linha] **Harvard Business Review**. pp. 65-77.[Consultado a 8 de junho de 2013] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10127040>

OLIVER, R. L. (1999). Whence Consumer Loyalty? [Em Linha] **Journal of Marketing**. 33-44.[Consultado a 20 de setembro de 2012] Disponível em: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/1252099?uid=3738880&uid=2&uid=4&sid=21102546164297>

OSTROM, E. (1996). Crossing the great divide: coproduction, synergy and Development. [Em Linha] **World development**. 1073-87. [Consultado a 6 de fevereiro de 2013] Disponível em: http://cdn.elsevier.com/assets/pdf_file/0013/105151/Crossing-the-great-divide-Coproduction-synergy-and-development.pdf

OUSCHAN, R., SWEENEY, J., & JOHNSON, L. (2006). Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations.[Em Linha]. **European Journal of Marketing**. 1068-1086.[Consultado a 28 de janeiro de 20013] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/03090560610681014>

PARASURAMAN, A., ZEITHMAL, V., & BERRY, L. L. (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. [Em Linha] **Journal of Retailing**. 12-40.[Consultado a 24 de março de 2013] Disponível em: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/6353339/servqual-multiple-item-scale-measuring-consumer-perceptions-service-quality>

PARTNERSHIP FOR PREVENTION. (2008). Diabetes Self-Management Education (DSME): Establishing a Community-Based DSME Program for Adults with Type 2 Diabetes to Improve Glycemic Control—An Action Guide. In P. f. **Prevention, The Community Health Promotion Handbook: Action Guides to Improve** [Em Linha] (pp. 1-48). Washington, DC: Partnership for Prevention.[Consultado a 21 de novembro de 2012] Disponível em: <http://www.prevent.org/The-Community-Health-Promotion-Handbook/Diabetes-Self-Management-Education.aspx>

PAYNE, A. F., STORBACKA, K., & FROW, P. (2008). Managing the cocreation of value. [Em Linha] **Journal of the Academy Marketing Science**. pp. 83-96. [Consultado a 4 de março de 2013] Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11747-007-0070-0>

PILLER, F. T., IHL, C., & VOSSEN, A. (2011). A Typology of Customer Co-Creation in the Innovation Process.[Em Linha] **Social Science Research Network**. 1-26.[Consultado a 12 de março de 2013] Disponível em: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1732127

PINHO, J., & SACRAMENTO, A. (2009). Accountability: já podemos traduzi-la para o Português? [Em Linha] **Revista de Administração Pública**. 1343-68 [Consultado a 31 de março de 2013] .Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n6/06.pdf>

PIPPER, L. (2005). Winning loyalty with a vision and a corporate soul. [Em Linha] **The Health care Manager**. 374-378.[Consultado a 11 de dezembro de 2012] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16284523>

PORTER, M. (2010). What is value in healthcare? [Em Linha] **The New English Journal of Medicine**. 2477-2482. [Consultado a 21 de novembro de 2012] Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1011024>

PRAHALAD, C., & RAMASWAMY, V. (2004). Cocreation experiences: the next practice in value creation.[Em Linha] **Journal of Interactive Marketing**. 5-14.[Consultado a 27 de fevereiro de 2013]Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/dir.20015/abstract>

PRAHALAD, C., & RAMASWAMY, V. (2003). The New Frontier of Experience Innovation.[Em Linha] **MIT Sloan Management Review**. 12-18. [Consultado a 27 de fevereiro de 2012]Disponível em: http://www.emeraldinsight.com/bibliographic_databases.htm?id=1306616&PHPSESSID=k3eh381ut20n2fg0fvffqt5u27

PRICE, L., & ARNOULD, E. (1999). Commercial Friendships: Service Provider-Client Relationships in Context.[Em Linha] **Journal of Marketing**. 38-56. [Consultado a 9 de janeiro de 2013] Disponível em: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/1251973?uid=3738880&uid=2&uid=4&sid=21102546249287>

PRITCHARD, M. P., HAVITZ, M. E., & HOWARD, D. R. (1999). Analyzing the Commitment-Loyalty link in service contexts.[Em Linha] **Journal of the Academy of Marketing Science**. 27 n°3, 333-348. [Consultado a 12 de dezembro de 2012] Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1177%2F0092070399273004#page-1>

PRUS, A., & RANDALL, B. (1995). Understanding your customers - What you can learn from a customer loyalty index.[Em Linha] **Marketing Tools Magazine** , 10-14.[Consultado a 22 de janeiro de 2013] Disponível em: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/9507260745/understanding-your-customers>

RANAWEERA, C., & PRABHU, J. (2003). "The influence of satisfaction, trust and switching barriers on customer retention in a continuous purchasing setting. International [Em

Linha] **Journal of Service Industry Management**. 374-395. [Consultado a 31 de janeiro de 2013] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/09564230310489231>

REICHHELD, F. (1996). **The Loyalty Effect**. Cambridge: Harvard Business School Press.

REICHHELD, F., MARKEY, R., & HOPTON, C. (2000). The loyalty effect - the relationship between loyalty and profits.[Em Linha] **European Business Journal**. 134-140.[Consultado a 27 de dezembro de 2012] Disponível em: <http://www.bus.iastate.edu/kpalan/mkt504/reichheldetalautumn.pdf>

ROBERGE, D., BEAULIEU, M.-D., HADDAD, S., LEBEAU, R., & PINEUALT, R. (2001). Loyalty to the regular care provide: Patients' and physicians' views.[Em Linha] **Oxford University press**. 53- 59. [Consultado a 20 de março de 2013] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11145629>

SALISBURY, C., WALLACE, M., & MONTGOMERY, A. (2010). Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling. [Em Linha] **British Medical Journal**. 1-8. [Consultado a 22 de dezembro de 2013] Disponível em: <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c5004>

SANDERS, L., & SIMONS, G. (2009). A Social Vision for Value Cocreation in Design.[Em linha] **Technology Innovation Management Review** .[Consultado a 11 de março de 2013]Disponível em: <http://timreview.ca/article/310>

SCHROTH, L., & KHAWAJA, R. (2007). Globalization of healthcare. **Frontiers of Health Services Management**. 19-30. [Consultado a 6 de abril de 2013] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18220175>

SCHUTZ, s. (2011). **Value Co-Creation in Seller-reseller relationships**. [Em Linha]Leppavaara.: Laurea University of Applied Science. Degree Programme in Service Innovation and Design from Laurea University. [Consultado a 4 de março de 2013] Disponível em: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/26760/Schutz_Shirley.pdf?sequence=1

SEABRA, F. (2010). **Ensino básico: Repercussões da Organização Curricular por competências na Estruturação das Aprendizagens Escolares e na Políticas Curriculares de Avaliação**. [Em Linha] Instituto de Educação e Psicologia: Universidade do Minho.Tese de Doutoramento em Educação ministrada pelo Instituto de Educação e Psicologia.[Consultado a 12 de dezembro de 2012] Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10877/1/tese.pdf>

Shih-I, C. (2011). Comparisons of competing models between Attitudinal Loyalty and Behavioral Loyalty.[Em Linha] **International Journal of Business and Social Science**. 149-166.[Consultado a 28 de dezembro de 2012] Disponível em: http://www.ijbssnet.com/journals/Vol._2_No._14%3B_July_2011/18.pdf

SMITH, A. (1776). **The Wealth of Nations**. [Em Linha] Nova Iorque: The Modern Library. [Consultado a 28 de abril de 2013] Disponível em: <http://www2.hn.psu.edu/faculty/jmanis/adam-smith/wealth-nations.pdf>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA. Definição, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus - Relatório do grupo de peritos consultados pela OMS. [Em Linha] **Sociedade Portuguesa de Diabetologia**. [Consultado a 21 de maio de 2013] Disponível em: http://www.spd.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=58&Itemid=30

SOUKI, O. (2006). As 7 chaves da fidelização de Clientes. São Paulo: HARBRA.

STARR, M.A.(2012):Qualitative and mixed--methods research in Economics: surprising growth, promising future. [Em Linha] **Journal of Economic Surveys**. p.1-27.[Consultado a 13 de dezembro de 2012] Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joes.12004/abstract>

SUKI, N. M., & SUKI, N. M. (2011). Patient Satisfaction, Trust, Commitment and Loyalty toward Doctors.[Em Linha] 2011 INTERNATIONAL CONFERENCE ON SOCIALITY AND ECONOMICS DEVELOPMENT (pp. 498-502). Singapore: IPEDR/IACSIT Press.[Consultado a 31 de janeiro de 2013]Disponível em: <http://www.ipedr.com/vol10/94-S10058.pdf>

SWEENEY, J., & CHEW, M. (2002). Understanding consumer-service brand relationships: a case study approach. [Em Linha] **Australasian Marketing Journal**. 27-43.[Consultado a 3 de dezembro de 2012] Disponível em: http://www.docs.fce.unsw.edu.au/marketing/amj_10_02_sweeney.pdf

TAX, S. S., BROWN, S. W., & CHANDRASHEKARAN, M. (1998). Customer Evaluations of Service Complaint Experiences: Implications for Relationship Marketing.[Em Linha] **Journal of Marketing** 60-76.[Consultado a 27 de novembro de 2012] Disponível em: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/1252161?uid=3738880&uid=2&uid=4&sid=21102546375847>

TAYLOR, S., & BAKER, T. (1994). An assessment of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of consumer's Purchase Intentions. [Em Linha] **Journal of retailing**.163-178. [Consultado a 24 de janeiro de 2013] Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022435994900132>

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. (2011). **The Future of Healthcare in Europe**. [Em Linha]. The Ecomomist. Janssen.[Consultado a 13 de novembro de 2011] Disponível em: <http://www.janssen-emea.com/sites/default/files/The-Future-Of-Healthcare-In-Europe.pdf>

THE NHS CONFEDERATION. (2008). Globalisation- How will it affect the NHS? The NHS Confederation. [Em Linha] NHS confderation publications. Londres. (pp. 1-6)[Consultado a

25 de março de 2013] Disponível em:
<http://www.nhsconfed.org/Publications/reports/Pages/Globalisation-futures-debate.aspx>

TRUOG, R. (2012). Patients and Doctors- The evolution of a relationship. [Em Linha] **The New england Journal of Medicine**.581-586.[Consultado a 26 de março de 2013] Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1110848>

VARGO, S., & LUSCH, R. (2004). Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. [Em Linha] **Journal of Marketing**.1-17.[Consultado a 11 de dezembro de 2012]Disponível em: http://sdlogic.net/JM_Vargo_Lusch_2004.pdf

VARGO, S., & LUSCH, R. (2008). Service-dominant logic: continuing the evolution.[Em Linha] **Journal of academics Marketing science**. 1-10. [Consultado a 7 de fevereiro de 2012] Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11747-007-0069-6>

VARGO, S., LUSCH, R., & MORGAN, F. (2006). Historical prespectives on service-dominant logic. In VARGO & LUSCH, **The Service-dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate and Directions**. [Em Linha] Nova Iorque: M.E. Sharpe. (pp. 29-43).[Consultado a 28 de fevereiro de 2013] Disponível em: http://www.sdlogic.net/historical_persp_on_sd_logic.pdf

VARGO, S., MAGLIO, P., & AKAKA, M. (2008). On value and value cocreation: A service systems and service logic perspetive. [Em Linha] **European Management Journal**. p145-152. [Consultado a 14 de março de 2013] Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026323730800042X>

WALTER, A., RITTER, T., & GEMUNDEN, H. G. (2001). Value Creation in Buyer–Seller Relationships. [Em Linha] **Industrial Marketing Management**. 365-377. [Consultado a 24 de janeiro de 2013] Disponível em: http://faculty.darden.virginia.edu/bodilys/estrat/topic1_2002/IMM-Value%20Creation%20in%20buyer-seller%20relationships.pdf

WIKSTROM, S. (1996). Value Creation by Company-Consumer Interaction.[Em Linha] **Journal of Marketing Management**. 359–374.[Consultado a 25 de novembro de 2013]Disponivel em: http://www.emeraldinsight.com/bibliographic_databases.htm?id=1417469&show=abstract

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2010). **Global status report on noncommunicable diseases**. [Em Linha] Geneva: World Health Organization.1-176. [Consultado a 24 de maio de 2013]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2012).[Em Linha] Diabetes Programme. [Consultado a 23 de abril de 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/en/index.html>

ZEITHAML, V. (1988). Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A means-end model and synthesis of evidence.[Em Linha] **Journal of Marketing** . 2-22.[Consultado a 24

de janeiro de 2013] Disponível em:
<http://connection.ebscohost.com/c/articles/6354303/consumer-perceptions-price-quality-value-means-end-model-synthesis-evidence>

ZEITHAML, V., BERRY, L., & PARASURAMAN, A. (1996). The behavioral consequences of Service Quality.[Em Linha] **Journal of Marketing**. 31-46. [Consultado a 24 de janeiro de 2013] Disponível em:
<http://www.jstor.org/discover/10.2307/1251929?uid=39459&uid=402360&uid=3738880&uid=368665151&uid=5911000&uid=2&uid=3&uid=39450&uid=67&uid=62&sid=21102546445297>

Apêndices

Apêndice A – Guião da entrevista

Apêndice B – Quadro 4 - Quadro de referência de evolução do conceito de cocriação de valor

Apêndice C –Tabela 1 – Tabela de Frequências da análise de conteúdo

Apêndice D- Tabela 2 -Tabela de associação do estilo de cocriação de valor e a fidelização atitudinal e comportamental de cada entrevistado

Apêndice E – Pedido de solicitação de recolhimento de dados

Apêndice F – Aceitação de colaboração do Representante da APDP

Apêndice G – Carta de Compromisso

Apêndice A – Guião da entrevista

O presente projeto de investigação consiste no estudo da cocriação e fidelização aplicado no contexto da relação do paciente diabético ao médico. O objetivo principal deste projeto de investigação consiste em compreender a cocriação de valor do paciente e como esta pode estar associada a benefícios de fidelização de um paciente ao médico. Com base nos resultados sugere-se medidas de aplicação no relacionamento médico-paciente que vise a fidelização do mesmo. As questões selecionadas procuram fundamentalmente detetar as atividades de cocriação conduzidas pelos entrevistados na gestão da sua doença com o médico e outros profissionais de saúde, as características do seu relacionamento com o médico regular e a sua fidelização ao mesmo. A entrevista irá ser submetida via comunicação oral, com uma duração estimada de 15/20 minutos para cada entrevista.

Objetivos principais

- Identificar o estilo de cocriação de valor do inquirido
- Analisar o relacionamento que o inquirido mantém com o prestador e as funções que considera que considera que nesse relacionamento são de competência do paciente
- Analisar a perceção de fidelização do inquirido a um prestador e especificamente ao seu prestador regular

Tabela 1 – Tabela de descrição de dados da realização da Entrevista

Nº entrevistado	Local	Dia	Tempo da entrevista (minutos)
E1	APDP	12 de junho	15:19
E2	APDP	12 de junho	10:33
E3	APDP	12 de junho	10:13
E4	APDP	12 de junho	21:40
E5	APDP	12 de junho	15:09
E6	APDP	12 de junho	42:38
E7	APDP	12 de junho	13:14
E8	APDP	12 de junho	14:06
E9	APDP	14 de junho	32:45
E10	APDP	14 de junho	22:03
E11	APDP	14 de junho	17:39
E12	APDP	14 de junho	19:34
E13	APDP	14 de junho	15:59
E14	APDP	14 de junho	16:54
E15	APDP	14 de junho	11:25
E16	APDP	14 de junho	31:27

Guião da Entrevista

Warm-up

Bom tarde, o meu nome é Mafalda Veiga e Moura e estou neste momento a fazer entrevistas para a minha tese de dissertação de mestrado para a Escola Nacional de Saúde Pública.

A tese tem como objetivo analisar o relacionamento entre o paciente diabético e médico em Portugal e o papel do paciente na gestão da sua doença.

Informações

- Antes de mais gostaria de lhe dizer que os seus dados pessoais, nunca serão revelados nem registados. Esta entrevista será apenas identificada através de um nº.
- Como esta entrevista será mais uma conversa do que um entrevista, queria pedir-lhe autorização para a podermos gravar, caso contrário, não vou conseguir registar em papel, tudo o que formos conversando.

Apresentação

- Falando um pouco sobre mim...

Estou a tirar o curso de mestrado em Gestão de Saúde na ENSP, e este ano letivo estou a desenvolver a minha tese de dissertação de mestrado nesta área.

- E o/a Sr. (ª) ... fale-me um bocadinho sobre si... (Início das questões de caracterização do entrevistado).

(Conteúdo das questões da entrevista que se encontram no quadro abaixo (Quadro 4)

Agradecimentos

- Chegamos ao final da nossa entrevista.
- Agradeço o tempo disponibilizado.
- A partilha da sua experiencia enriquecerá certamente o meu projeto de Investigação.
- Desejo-lhe um resto de Bom dia.

Quadro 5 - Questões do Guião de entrevista categorizadas

Categoria	Questões problema
Caracterização do entrevistado	1. Sexo : 2. Idade : 3. Rendimento : 4. Profissão: 5. Tipo de diabete: 6. Tempo de convivência com a doença das diabetes
Caracterização do prestador regular	7. Tipo de médico que frequenta para acompanhar o tratamento das diabetes (neurologista, medico de família) 8. Visita um médico particular ou o seu médico pertence a uma instituição publica (SNS, Associação de diabéticos)?
Interações na gestão da sua doença	9. Quantos médicos/enfermeiros/ pessoas participam no apoio à sua doença das diabetes? 10. Que apoio pessoal têm para lidar com as diabetes? / Quem se encontra envolvido na gestão da sua doença? (relaciona-se com médicos enfermeiros grupos de apoio família) 11. Como é que partilha a sua experiencia com outras pessoas?
Duração e regularidade da relação com o prestado regular	12. Há quanto tempo visita o seu médico regular? 13. Quantas vezes por ano visita o seu médico para o tratamento das diabetes?
Descrição do relacionamento com o prestador regular	14. Como descreve a relação com o seu médico regular (o que mais habitualmente contacta)? 15. Descreva o que gostaria que mudasse/melhorasse na sua relação com o médico? 16. Até que ponto é que sente que o seu médico compreende as suas preferências e opiniões no controlo da sua doença? 17. De que forma poderia ter uma participação mais ativa nas decisões de tratamento da sua doença?
Descrição do tipo de relacionamento desejado com um prestador	18. Qual considera ser os deveres/contributos do paciente na relação médico-paciente? 19. Como encara a possibilidade de partilhar com o médico as responsabilidades dos resultados do controlo da sua doença?
Atividades de cocriação	20. Que outras fontes de informação recorre para aprender a lidar ou para obter um maior conhecimento da sua doença? 21. Que informação regista sobre o progresso e controlo da sua doença? 22. Que tipo de decisões toma em colaboração com o seu médico (recriação do tratamento / escolha da equipe)? 23. O que mudou na sua vida desde que lhe foi diagnosticada a doença das diabetes?

	<p>24. O que o/a ajuda a ultrapassar as dificuldades da condição de paciente diabético?</p> <p>25. Como descreve a sua reação quando lhe foi diagnosticado diabetes? E qual a sua atitude atualmente?</p> <p>26. Realiza outras terapias complementares ao tratamento indicado pelo seu médico (yoga, dieta, exercício, medicina chinesa)?</p> <p>27. Excluindo o tratamento com o seu médico regular, que outras atividades realiza que considera ajudar no controlo das suas diabetes?</p>
Perceção de fidelização	<p>28. Quais os fatores que considera que um médico precisa ter para que se torne o seu médico regular?</p> <p>29. Que outras condicionantes que não envolvam a sua relação com o médico ou características do médico considera importante para a sua fidelização?</p>
Perceção de fidelização com o prestador regular	<p>30. Como encara a possibilidade de pedir uma segunda opinião a outros médicos?</p> <p>31. O que levou a escolher o seu médico para o tratamento das diabetes?</p> <p>32. O que o levou a manter-se com o seu médico para o tratamento das diabetes?</p> <p>33. Como descreve o seu grau de fidelização com o seu médico regular para o tratamento das diabetes?</p> <p>34. Recomendaria o seu médico a terceiros? Porquê?</p> <p>35. Sem ser para o tratamento das diabetes, recorre ao seu médico para a prestação de outros cuidados de saúde?</p> <p>36. Se o seu médico abandonasse a APDP, era capaz de segui-lo ou mantinha-se na instituição?</p>
Fatores de deserção	<p>37. Quais as razões/motivos que poderão levar a que deixe de visitar o seu médico?</p>

Apêndice B - Quadro 6 - Quadro de referência de evolução do conceito de cocriação de valor

Nome e ano	Setor de aplicação	Tipo de Estudo	Metodologia	Conceito de cocriação	Objetivo do estudo
Devisavartham (2012)	Estratégia/Marketing	Empírico	Quantitativa. Questionário.	Resolução de problemas interativo entre dois ou mais atores para gerar uma solução focada no consumidor. Cocriação é a participação ativa , interação, dialogo e colaboração do prestador, consumidor e outros atores da rede de trocas do mercado para permitir uma compreensão aprofundada da situação de resolução do problema do consumidor. A resolução do problema em conjunto gera uma solução para o consumidor ou uma reconfiguração da solução do consumidor. As percepções do consumidor apreendem o valor da solução cocriada.	Testar as relações entre cocriação e os resultados de marketing (satisfação , confiança, força de relacionamento e de comportamento de fidelização).
Mccoll-kennedy J. , Vargo, Dagger, Sweeney, & Kasteren(2012)	Saúde- oncologia	Empírico	Qualitativo - Entrevistas aprofundadas e Grupos de foco	“Benefício proveniente da integração de recursos através de atividades e interações com colaboradores da rede de serviço do consumidor” (...) Um processo multipartidário e abrangente, que inclui a empresa em questão e potencialmente outras fontes dirigidas ao mercado, fontes publicas, fontes privadas bem como atividades do consumidor.”	Definir e analisar a Relação entre atividades de cocriação, estilos de cocriação e resultados clínicos.
Engstrom (2012)	Saúde	Empírico	Qualitativo – abordagem por diários	O valor é definido como um benefício determinado pelo consumidor e é sempre cocriado. Baseada na noção de um paciente “operante”(Vargo & Lusch, 2004) , que pode observar, agir e criar valor.	Desenvolver um modelo para envolver os pacientes no desenvolvimento dos serviços, através da partilha de ideias e experiencias dos pacientes por diários.
Filler, Ihl & Vossen	Gestão /Inovação	Exploratório	-	Cocriação consiste numa processo de colaboração social e criativo entre produtores e	Desenvolver uma tipologia dos diferentes métodos de cocriação com o consumidor.

(2011)				consumidores.	
Tung (2011)	saúde	Empírico	qualitativo (entrevistas); observacional;	“No modelo de cocriação do serviço, o prestador e o recetor não podem separar-se um do outro. A participação do prestador e do recetor gera e cocria o valor do serviço.	Perceber o impacto da cocriação para a inovação do serviço. Estudo de caso de um programa de cocriação
Gustaffson (2011)	Tecnologias de inovação na comunicação(TIC)	Empírico	Quantitativo. Questionário.	Processo de comunicação frequente, bidirecional e cara-a-cara, utilizado quando é necessário uma solução criativa para um problema.	Analisar a cocriação com base em 4 dimensões da comunicação: frequência, direção, modalidade e conteúdo – de forma a perceber o valor da cocriação do cliente na inovação do serviço
Wittel et all (2011)	Marketing de serviços	Empírico	Observacional .qualitativo. Entrevistas.	A cocriação para os outros descreve os casos em que a cocriação com o consumidor não é diretamente para benefício próprio mas onde o consumidor propoe ideias, partilha conhecimento ou por outras vias participa na inovação do service para desenvolver o proprio processo de service, que irá maioritariamente beneficiar outros consumidores.	Perceber a diferença entre técnicas de estudo de mercado proactivas e reativas durante o desenvolvimento de novas ofertas no mercado. A relação entre o uso de técnicas de estudo de mercados e margem de lucro é mais forte com técnicas de cocriação do que técnicas tradicionais de estudo de mercado.
Horbel (2011)	Marketing de eventos (desporto)	Empírico	Quantitativo - Questionário .	Utiliza o conceito de Prahalad e Ramswamy(2004). “Uma empresa pode lucrar da integraçãp dos consumidores no processo de criação de valor, normalmente referido como o fenomeno da cocriação (Prahalad & Ramaswamy, 2004). “	Propõe-se 2 extensões à cadeia de valor do serviço tradicional, de forma a considerar de maneira mais eficaz os fatores que contribuem para a Fidelização do consumidor
Bowden (2011)	Educação	Empírico	Quantitativo. Questionário	“Ver o estudante como um consumidor requer um envolvimento na interação, feedback e um processo interpretative que resulte num significado partilhado (...) (existencia de) reconhecimento que a instituição educacional apenas fornece parte dos recursos para a experiência do consumidor e portanto e essencial cooptizar e potenciar os estudantes a terem um papel de cocriação na educação.	Impacto das tecnologias na cocriação e na fidelização de estudantes
Grönroos(2011)	Marketing	Exploratorio	-	O consumidor é o criador de valor principal, e o prestador de serviços é que pode ser convidade para se juntar ao processo com um cocriador. O	Analisar a criação de valor no contexto de uma perspetiva de serviço, nomeadamente o aspeto da cocriação de valor na criação

				valor para os consumidores é criado durante o uso pelo utilizador, não durante a produção pelo produtor. Sugere algumas mudanças nas premissas fundamentais da Lógica S-D de Vargo e Lusch.	de valor e os papeis do consumidor e da firma.
Edvardsson , Tronvoll & Grubber (2011)	Estratégia	Exploratório	-	O valor deve ser considerado valor-em-contexto-social, uma vez que é uma construção social. A cocriação de valor é formada por forças sociais, reproduzida em estruturas sociais e pode ser assimétrica para os atores envolvidos. As trocas de serviço são dinâmicas, e os atores envolvidos aprendem e mudam os seus papéis dentro dos sistemas de serviço dinâmicos.	Expandir e compreender a troca de serviço e a cocriação de valor, complementado os aspetos centrais da lógica S-D com conceitos chaves de teorias de construção social.
Heinonen et al. (2010)	Estratégia	Exploratório	-	Ambas as lógicas dominantes do produto e do serviço são exemplos de logicas dominantes do prestador. Uma lógica dominante do consumidor define como principais resultados do marketing não os serviços mas as experiencias do consumidor e o valor-em-uso gerado para o consumidor. As empresas fornecem oportunidades de cocriação de valor do serviço, e os consumidores apenas se envolvem na criação de valor como uma forma de atividades de consumo que fazem parte dos seus objetivos de vida. O valor não é criado apenas nas interações com o prestador mas em todas as experiencias, que poderão incluir ou não o prestador. Consumidores criam valor para além do seu papel como participantes.	Apresentar uma nova lógica de marketing : Consumer-dominant logic. Introduzir uma nova perspetiva dos papeis dos consumidores nas organizações como criadores de valor, através da delineação de uma abordagem do consumidor para o serviço.
Schau,Muniz &Arnould (2009)	Marketing estratégico/de marca	Empírico	Qualitativo . Observacional e Entrevistas aprofundadas	Os consumidores estão aptos e interessados na oportunidade de participarem na construção da marca e de modificarem os produtos da mesma. A criação de valor colaborativa deverá ser entre todos os atores da rede de relacionamentos da organização e não apenas entre consumidor-empresa.	Compreender o processo de criação de valor coletiva em comunidades de marca e os resultados advindos.

Bartl(2009)	Saúde - osteoporose	Empírico	Quantitativo. Inquérito por questionário online	Aplicação da cocriação como um programa estratégico : “ Um programa de cocriação é caracterizado por um relacionamento contínuo e colaborativo com os utilizadores, consistindo em várias interações ao longo do processo de inovação incluindo ciclos internos e externos de aquisição e assimilação das contribuições de valor dadas pelos utilizadores”	Analisar as diferentes dimensões e estilos no envolvimento dos pacientes à cocriação na área da osteoporose
Vargo & Lusch (2008)	Marketing	Exploratório	-	Adiciona e Remodela duas premissas da lógica dominante do serviço do artigo original (2004): FP9: Todos os atores sociais e económicos são integradores de recursos FP10:O valor é sempre unicamente e fenomenologicamente determinado pelo consumidor	Esclarecer e acrescentar alguns conceitos da Lógica Dominante do Serviço.
Grönroos (2008)	Marketing de relacionamentos	Exploratório	-	O valor para o consumidor é criado através do relacionamento do consumidor, principalmente nas interações entre este e o fornecedor ou prestador de serviço. O foco não é nos produtos mas nos processos de criação de valor para o consumidor onde o valor emerge para os consumidores e é percebido por eles. O consumidor está sempre envolvido na criação de produção de valor (...) marketing é um processo contínuo onde a produção e o consumo são partes do mesmo processo de criação de valor. A empresa não é um criador de valor, mas um facilitador de valor ao fornecer serviços e produtos como recursos para os processos de geração de valor dos autoserviços do consumidor. Ao utilizar os recursos da empresa e ao aplicar essas capacidades os consumidores criam valor para si próprios.	Analisar o significado de uma lógica do serviço como uma lógica para um consumo e provisão e explorar as consequências para a criação de valor e para o marketing.
Hibbard(2008)	Saúde	Empírico	Observacional. Qualitativo	-	Desenvolver uma medida que avalie o nível de atividade/participação dos

			.Grupos de enfoque . Experimental. Testes piloto da medida desenvolvida.		pacientes.
Rajah (2008)	Marketing experimental	Empírico	Quantitativo. Questionário.	A cocriação é uma nova abordagem do marketing que oferece o potencial de criar valor para os consumidores a um nível superior as abordagens de marketing centradas na empresa. (...) A cocriação acontece quando um consumidor trabalha em conjunto com o comerciante para criar uma experiencia de consume que adicione valor ao processo de compra (...) Na cocriação , o consumidor é uma parte integral e ativa do processo de criação de valor.	Analisar o impacto da cocriação nos principais resultados de marketing.
Vargo, Maglio & Akaka (2008)	Estratégia	Teórico / exploratório	-	A cocriação de Valor requer inerentemente a participação de mais de um sistema de serviço, e é através da integração e aplicação dos recursos disponíveis através de trocas, que o valor é criado.	Aprofundar o conceito de valor e de sistemas de serviço no contexto da Lógica Dominante do Serviço.
Xie, Bagozza and troye (2008)	Estratégia / contexto empirico : produção alimentar	Empírico	Quantitativo. Questionário	A “Prosumption” é atividades de criação de valor realizadas pelo consumidor que resultam na produção de produtos que eventualmente vão consumir e que se torna a sua experiencia de consumo.	Explorar os mecanismos motivacionais que originam comportamentos de “Prosumption” pelas pessoas.
Auh (2007)	Financeira/ saúde	Empírico	Quantitativo. Inquérito por questionário.	A coprodução como o ato de envolver os consumidores como participantes ativos no trabalho da organização.	Analisar as ligações entre coprodução e lealdade do consumidor e os fatores possíveis de aumentar o nível de coprodução em serviços financeiros, com apoio de uma investigação no contexto de serviços médicos.
Nordgren (2007)	saúde	Empírico	Revisão de literatura e estudos de caso	Usa a ideologia de criação de valor de Normann (2001) –“Porque a logica de criação de valor varia de um consumidor para outro, é um elemento chave na função do prestador corresponder caso a caso as atividades de criação	Explorar as possibilidades de desenvolver em teoria e na prática a produtividade de serviço no contexto da saúde.

				de valor do grupo de consumidores que o consumidor se irá dirigir.	
Dong (2007)	Tecnologia de serviços	Empírico	Qualitativo. Entrevista.	A cocriação de valor é o conceito que reflete a premissa que o valor não é criado exclusivamente pela empresa mas pela interação de diferentes atores, incluindo o consumidor.	Impacto da Cocriação no contexto de resolução de um erro no serviço, na área da tecnologia.
Lush, Vargo & O'Brien (2007)	Estratégia	Teórico/ Exploratório	Exploratório	O valor apenas pode ser determinado pelo utilizador no processo de consumo. No entanto, ocorre na interseção do prestador, do consumidor (diretamente ou mediado por um produto) e outros parceiros de criação de valor.	Explorar a lógica dominante do Serviço
Lush & Vargo (2006)	Estratégia	Teórico	-	Não existe valor até a oferta ser utilizada/consumida – a experiencia e a percepção são essenciais para a determinação de valor.	Explorar a lógica Dominante do serviço
Arnould, Price & Malshe (2006)	Estratégia	Teórico	Exploratório	Os consumidores introduzem os seus recursos operandos e usam os recursos operandos e operantes da empresa para criar valor.	Criar uma ponte entre o pensamento avançado da literatura de gestão de Vargo & Lusch (2004) e os comentários ao seu artigo, e a investigação mais recente do consumidor, principalmente as produzidas pela teoria da cultura do consumidor (TCC).
Lawer (2005)	Estratégia	Teórico	Exploratório	Cocriação é o processo de criação de valor distribuído entre as empresas e os consumidores ou entre os consumidores que diretamente criam valor personalizado.	Identificar potenciais resultados provenientes da cocriação e novas capacidades de cocriação e integra-las num modelo concetual.
Mascarenhas et al (2004)	Estratégia	Exploratório	-	“O valor adicionado para os produtores são as percepções advindas da interação e participação do consumidor, do feedback contínuo, da cocriação e copropriedade dos produtos, satisfação dos consumidores, retenção, ,a fidelização que deriva destas interações e as	Formulação de um modelo de envolvimento do consumidor na cadeia de valor.

				<p>recomendações positivas que resulta da apreciação do consumidor”.(...)</p> <p>“As empresas que cooperam com os consumidores para oferecer CVCÍ (envolvimento do consumidor na cadeia de valor) baseados em experiências únicas de serviços e produtos irão ter uma vantagem competitiva sustentável. É no contexto de entregar experiências cocriadas entre o consumidor e prestador satisfatórias que propomos o modelo CVCÍ.</p> <p>“Nós envolvemos a maioria dos consumidores para ajuda-los a determinar o seu próprio espaço, o seu valor, a sua experiência, e a cocriar um produto ou serviço que irá alimentar e forjar uma experiência única para esse consumidor.”</p>	
Vargo & Lush (2004)	Estratégia	Teórico	Exploratório	A cocriação é o envolvimento e participação de um consumidor ativo na criação de valor.	Introduzir uma nova teoria de marketing.
Prahalad and ramaswamy (2004)	Estratégia	teórico	Exploratório	A experiência na cocriação e não a oferta – torna-se a base de um criação de valor única. A empresa não pode criar nada de valor único sem o envolvimento dos individuais. O mercado torna-se um “espaço” de potenciais experiências de cocriação, em que os constrangimentos e escolhas do consumidor definem a sua disposição para pagar pelas experiências. O consumidor quer ter o poder de coconstruir uma “experiência” personalizada para si, juntamente com a experiência da empresa.	Aprofundar o conceito de experiências de cocriação como a próxima prática da criação de valor.
Prahalad and ramaswamy (2003)	Estratégia	teórico	-	Os consumidores individuais coconstroem ativamente as suas experiências de consumo através de interação personalizada, cocriando assim valor único para si mesmos. Consumidores procuram valor para além dos limites da díade entre a empresa e o consumidor. Existem vários pontos de troca (ao longo do processo) onde o consumidor e a companhia podem cocriar valor.	Apresentar e explorar novas práticas de inovação na cocriação de valor, através da oferta de experiências.
Normann	Estratégia	Explorativ	-	O consumidor é um criador de valor e não um	Explorar e formalizar uma nova

(2001)		o	destruidor de valor. O valor não é produzido em fábricas e depois consumido pelos consumidores. É cocriado por atores econômicos que trocam uma variedade de recursos que vai para além de bens e dinheiro. Sistema ou rede de entidades interconectadas (pessoas, equipamento, empresas, instituições) que fornecem uma competência (serviço) para cocriar valor entre si bem como para atingir níveis de resultados ou de propriedades do sistema que apenas podem ser atingidos em colaboração.	abordagem em relação ao papel do consumidor, as características da oferta do mercado, o papel do conhecimento, o significado de valor e criação de valor e a natureza das trocas entre os indivíduos.
Prahalad and ramaswamy (2000)	Estratégia	Exploratório	Primeiros autores a utilizar a palavra Cocriação. “Cocriar experiências personalizadas com consumidores (...) os consumidores querem desenhar as suas experiências, seja individualmente, com peritos ou com outros consumidores. O valor é cocriado através da experiência com terceiros, externos à diáde do fornecedor do serviço, como por exemplo outros consumidores ou outros peritos. O valor deve ser coproduzido e não produzido separadamente.”	Apresentar uma nova perspectiva do papel do consumidor na organização, nomeadamente, considerando-os novas fontes de competência para a empresa que cocriam as suas próprias experiências. Explorar os requerimentos necessários para as organizações implementarem esta abordagem.
Grönroos (2000)	Marketing de relacionamento	Exploratório	Um diálogo no relacionamento é um processo de raciocínio em conjunto de forma a que duas ou mais partes desenvolvam uma plataforma comum de conhecimento. Esta plataforma de conhecimento permite ao prestador criar valor adicional para os seus consumidores para além do valor dos bens e serviços que são trocados nesse relacionamento.	Discutir como um diálogo entre o consumidor e o prestador é desenvolvido e mantido num relacionamento contínuo e quais são os requisitos para tal diálogo emergir.
Tzokas and Saren (1999)	Marketing	Exploratório	O valor tanto para a empresa como para o consumidor é criado num esforço combinado e único de sistemas de produção e consumo, trabalhando sinergicamente. O valor encontra-se localizado nos atos competitivos e colaborativos dos consumidores e é transformado por meios de diálogo nos relacionamentos entre as empresas e os consumidores.	Revisão e Crítica do conhecimento existente relativamente ao conceito de valor do consumidor no contexto de Marketing

Grönroos (1997)	Marketing estratégico	Teórico	-	Para poder gerir a criação de valor num contexto de marketing de relacionamento, a empresa deve-se focar nos recursos (humanos, tecnológicos, conhecimento e informação, tempo do consumidor e o próprio consumidor) bem como nas competências da empresa em adquirir e gerir esses recursos.	Explorar como uma abordagem de valor agregado pode explicar a satisfação das necessidades dos consumidores a longo prazo. Desenvolver uma abordagem de recursos e competências para a oferta de mercado.
Bitner (1995;1996)	Marketing	Exploratório com fundament o empirico	Revisão de literatura e estudos de caso.	Produção é a criação, consumo não é a destruição de valor mas a criação de valor. Um consumidor que cria o produto do serviço consiste na participação ativa do cliente, na orientação para um serviço customizado, na consciência de que o serviço não pode ser criado sem a participação ativa do consumidor que o compra, e que os recursos do consumidor são mandatórios e cocriam os resultados	Analisar os diferentes níveis de participação exigidos aos consumidores e identificar os papéis-chave que os consumidores desempenham na prestação do serviço.
Gummesson (1993)	Marketing dos serviços	Exploratório	-	Os consumidores não compram produtos ou serviços, mas sim ofertas que por sua vez tornam-se em serviços que por sua vez criam valor. A mudança para um foco nos serviços é uma mudança dos meios e da perspectiva do produtor para a utilização e perspectiva do consumidor.	Explorar e apresentar o conceito de gestão da qualidade no contexto das organizações de serviços

Apêndice C –Tabela 1 – tabela de Frequências da análise de conteúdo

Dimensão	categoria	Categorias emergentes	Unidade de registo (alfabeto) Frequência (numérico)
Caracterização do inquirido	Sexo		a) Feminno (9) b) Masculino (7)
	idade		a) 18-25(2) b) 26-35(3) c) 36-45(4) d) 46-55 (1) e) 56-65 (4) f) 66-75 (2)
	Rendimento mensal médio do individuo		a) 200-400(4) b) 601-1000 (6) c) 1001-2000 (4) d) 2001-4000 (1) e) Prefere não responder (1)
	Profissão		a) Desenhador /c1D.gráfico/c2 D.produto (3) b) Reformado/a(4) c) Empregada refeitório (1) d) Gestor(1) e) Marketeer (1) f) Técnico radiologia(1) g) Assistente técnica (1) h) Técnico eltronico(1) i) Operadora de supermercado (1) j) Engenharia mecânica (1) k) Desempregada (1)
	Anos de Convivência com a doença		a) Menos de 10 anos (6) b) Mais de 10 anos (10)
	Tipo de diabetes		a) Tipo II (5) b) Tipo I (11)
	Tipo de médico regular para o tratamento das diabetes		a) Médico de família (1) b) Endocrinologista (14) c) Médico de medicina interna (1)
Caracterização do prestador regular	Esfera de trabalho do médico regular		a) Hospital publico () b) Centro de saúde (1) c) Hospital Privado d) Consultorio Particular (1) e) APDP (14)
Relação com o prestador regular	Duração da relação com o médio (anos)		a) - 2 (4) b) 2-5(3) c) 5-10(3) d) 11-15(4) e) 16-20(1) f) +20(1)
	Número de visitas anuais		a) 2(3) b) 3(3) c) 4(6) d) 5(2) e) 8(1) f) 12(1)
Papel do paciente na relação médico-paciente	Responsabilidade pelos resultados e controlo da doença		a) Responsabilização é do médico (3) b) Responsabilização de ambas as partes (4) c) Responsabilização é do paciente (10)
	Contributos/deveres do paciente para a relação médico -paciente		a) Transparência na informação reportada ao médico(5) b) Cumprir as indicações de

			tratamento/Realizar os cuidados diários do tratamento da doença (12)
			c) Confiança no médico(3)
			d) Partilhar informação dos acontecimentos diários e do estado da doença entre as visitas(1)
			e) Não faltar a consultas(1)
			f) Gerir o tratamento da doença (1)
Características da relação com o prestador regular	Descrição da relação com o seu médico regular	Proximidade afetiva com o médico regular	a) Distante(6) b) Próximos(5) c) Muito próximos (5)
		Nível de interação com o médico regular	a) Superficial(8) b) Profundo (8)
	Compreensão por parte do médico das suas preferências/opiniões		a) Não partilha as suas opiniões e preferências com o médico/confia no médico(5) b) Sim. Ouve as minhas sugestões e compreende-me(3) c) Sim, tenta ajustar o plano de controlo da diabetes de acordo com o estilo de vida e preferências do paciente(8)
	Melhorias na relação desejadas		a) Não poderia melhorar mais(8) b) Não há motivo de insatisfação (8)
Atividades de cocriação	Cooperação	Aceitar informação do prestador	a) Sim (16) b) Não (0)
		Cooperação com o básico (ex:tomar a medicação)	a) Cumpre as indicações à risca relativamente ao tratamento dos medicamentos(14) b) Não, auto-medicasse consoante acha que é o melhor para si(2)
		Participação na tomada de decisões	a) Sim(7) b) Não(9)
	Colecionar informação	Tipo de informação que regista sobre a sua doença	a) Nada (3) b) Guardar documentos relativos a gestão da doença(análises, radiografias)(1) c) Registar os valores dos níveis de glicemia/doses de Insulina através da máquina ou de um livro de registos (7) d) Regista os valores e guarda as análises (1) e) Elabora gráficos da evolução dos valores de vários indicadores relacionados com a doença(níveis de colesterol,glicemia(1) f) Criou um diário onde regista todos os acontecimentos diários que interferem com a doença(3)
		Informação reportada ao médico	a) Apenas s o básico sobre a progressão da doença entre as consultas(5) b) a) + Informação sobre o dia a dia (3) c) a)+b)+ informação sobre novos tratamentos (1) d) a)+b)+informação pessoal (3) e) todas as anteriores (4)
	Coaprendizagem	Partilha de informação com terceiros	a) outros prestadores de saúde(3) b) outros diabéticos(11) c) Pessoas não diabéticas(3) d) Não(4)

	Canais de recolha e procura de informação	a) Ações de formação(2) b) Internet (8) c) Televisão (2) d) Folhetos informativos (3) e) Alertas no e-mail(1) f) Livros (2) g) Revistas(5) h) Redes sociais(1) i) Conversas com terceiros(5) j) nenhuns(2)
Mudar a maneira de fazer as coisas	Gerir mudanças de longo prazo	a) Nada(7) b) Parar de fumar(1) c) Mudar alimentação(6) d) Moderação no álcool(1) e) Reformar-se(2) f) Fazer exercício (3) g) Controlar as atividades do dia a dia(1)
	Envolvimento em atividades para distração	a) Viajar(1) b) Trabalhar(3) c) Exercício físico (1) d) Caminhar(1) e) Não (10)
Relacionar-se	Manter e Criar relações	a) Diabéticos que conheceu pela sua condição de diabético (10) b) diabéticos que já conhecia da esfera pessoal(4) c) profissionais de saúde (6) d) Não(3)
Coprodução	Participar no redesenho de programas de tratamento	a) Não (1) b) Self service (tomar os medicamentos) (15) c) Questionar o medico sobre tratamento alternativo (5) d) Ajuda na recriação do tratamento (2) e) Autorregular o tratamento entre as visitas ao seu medico(1) f) O paciente desenvolve o seu próprio regime alimentar e de exercício (8) g) Partilhar informação(7) h) Reconfigurar/escolher composição da equipa médica(5)
	Gerir as atividades diárias do tratamento da doença(horas de tomar a medicação/ medir e registar os níveis d glicemia/ alimentação)	a) sim(11) b) Raramente(3) c) Não (2)
Atividades cerebrais	Atitude inicial em relação a doença	a) Reação Positiva(4) b) Não se recorda(2) c) Reação negativa(7) d) Indiferença (3)
	Atitude atual em relação a doença	a) Adaptação difícil (2) b) Aceitação obrigada/realista(9) c) Aceitação otimista(5)
	Trabalho emocional	a) Acreditar que pode fazer uma vida normal(5) b) Retirar o stress da sua vida(1) c) Rezar/ler a biblia (1) d) consciencializar-se das consequências de não controlar as diabetes (1) e) Força de vontade de ultrapassar os obstaculos(2) f) Socializar (4)

		g) Meditação (1)	
		h) Trabalhar (2)	
		i) Nenhum (1)	
	Atividades complementares ao tratamento com o médico	a) Exercício físico(7) b) Dieta(3) c) Meditação (1) d) Acupuntura(2) e) Nenhum(6)	
Interações na gestão da sua doença	Apoio pessoal	a) Grupo de apoio aos diabéticos(2) b) Família(13) c) Medico regular (3) d) Amigos (4) e) Não tem (3)	
	Tipo de profissionais de saúde envolvidos na doença das diabetes	a) Nutricionista (5) b) Médico de família (6) c) Médico de medicina interna(1) d) Medico de clinica geral(1) e) Medico de medicina do trabalho(1) f) Enfermeira(3) g) Endocrinologista (16) h) Oftalmologista(3) i) Pedologista(2) j) Neurologista(2) k) Psiquiatra (2) l) Dentista (1) m) Cardiologista(1)	
Cocriação	Estilos de cocriação	a) Gestores de equipa (3) b) Adaptação Pragmática (2) c) Controladores insular (2) d) Colaboração passiva (5) e) Parceria (4)	
Fidelização	Perceção de fatores de fidelização (geral)	Características do relacionamento interpessoal com o médico para a fidelização	a) Compreensão (3) b) Atenção (4) c) Dedicção (2) d) Humildade (1) e) Envolver o paciente (1) f) Confiança (3) g) Simpatia(1) h) Respeito(1) i) Consciencializar o paciente ao controlo das diabetes(2) j) Amizade/empatia e conhecimento do paciente (9) k) Comunicação com o paciente (perceber o que o paciente lhe está a dizer / comunicação aberta) (5) l) Personalizar o tratamento à idiossincrasia de cada paciente (4)
		Outros fatores de fidelização externos as características do relacionamento interpessoal	a) Flexibilidade no agendamento das consultas (1) b) Atendimento (1) c) Competência clinica do medico (5) d) Atualização do conhecimento clínico (1) e) Qualidade dos recursos(1) f) Prestabilidade do staff(2) g) Condição das instalações (2) h) Disponibilidade do médico em atender o paciente(4) i) Localização (2) j) Fator monetário (1)
		Perceção de fidelização com o prestador regular	Perceção sobre pedir uma segunda opinião (

fidelização atitudinal)	<ul style="list-style-type: none"> b) Nunca pediu, porque acredita que tem que se confiar na medica(2) c) Nunca pediu, mas acha que é um direito do paciente (3) d) Sim, é importante ter uma segunda opinião (2) e) Sim, mas mantem-se sempre com o médico regular (1) f) Sim, quando se questiona a competência do médico (1) g) Sim, quando o médico não explica as razões do tratamento (1)
Fator de escolha de médico regular (fidelização comportamental)	<ul style="list-style-type: none"> a) Escolheu a instituição, não o médico (13) <ul style="list-style-type: none"> a. conhecimento especializado na doença(5) b. completude e agregação de recursos (1) c. foi-lhe indicado pelo médico de família (5) d. qualidade clinica (1) e. Fator preço(1) b) Recomendação de terceiros (2) c) Qualidade clinica(1)
Fatores de permanência com o seu medico regular (fidelização comportamental)	<ul style="list-style-type: none"> a) necessidade de ter um médico e encontrar-se satisfeito com o atual (4) b) Qualidade do relacionamento interpessoal (6) <ul style="list-style-type: none"> a. Empatia(1) b. Simpatia (1) c. Confiança(2) d. Comunicação direta e transparente (1) e. Atenção ao bem-estar do paciente (1) c) Poder tratar de todos os cuidados com o médico(1) d) Conhecimento que o médico já tem do paciente (3) e) Competencia clinica do médico (1) f) Atualização do médico no tratamento da doença (1)
Grau de fidelização ao medico regular Auto percecionado	<ul style="list-style-type: none"> a) Fraco (4) b) Forte (3) c) Muito Forte (9)
Razão de recomendação do médico a terceiros (fidelização atitudinal)	<ul style="list-style-type: none"> a) Amiga do paciente (1) b) Sabe comunicar com o paciente(5) c) Bom ser-humano (1) d) Personalizar o tratamento ao paciente (3) e) Confiança (1) f) Dedicção (1) g) Profissionalismo /competencia(5) h) Boa ideia do médico (3) i) Recomenda a instituição (1)
Recorrer ao médico para a prestação de outros cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> a) Sim(6) b) Não (10)
Fatores de deserção	<ul style="list-style-type: none"> a) Saída da instituição (3) b) Indisponibilidade (2) c) Generalização do tratamento para todos os pacientes (1) d) Falta de confiança(1)

	<ul style="list-style-type: none"> e) Redução da qualidade e quantidade dos recursos (1) f) Mudança dos preços (1) g) Comportamento negativo por parte do médico (4) h) Falha na comunicação com o paciente(1) i) Doença ou reforma do médico(1) j) Maus resultados clínicos (2) k) Mau atendimento (2) l) Nenhum (2)
Nível de fidelização analisado	<ul style="list-style-type: none"> a) Pouco fidelizado (7) b) Fidelizado mas mais fidelizado a instituição (4) c) Muito fidelizado (5)

Apêndice D – Tabela 2 -Tabela de associação do estilo de cocriação de valor e a fidelização atitudinal e comportamental de cada entrevistado

Estilo de cocriação	Fidelização atitudinal							fidelização comportamental							
	ID	sexo	idade	Profissão	Convi- vência com a doença	Tipo diabetes	Intenção de recomendar a terceiros	Recorrer a 2ºs opiniões	Intenção de se manter com o médico mesmo que saia da APDP	Comprar serviços adicionais	Nº visitas por ano	Recomendação a terceiros	Regularidade do contacto (anos)	Fidelização auto percecionada	Fidelização analisada
Adaptação realista	E11	M	65	Reformado (ex-funcionario publico)	15	I	sim	Não	Não	Sim	3	Não	15 anos	Bastante	Fidelizado (mais à instituição)
Adaptação realista	E14	F	72	Reformada	20	II	Sim	Não	Não	Não	4	Sim	15 anos	boa relação	pouco fidelizado
Colaboração passiva	E2	F	20	Desempregada	7	I	sim	Não	nao	não	2/3	Não	7 anos	Forte	Fidelizado (mais à associação)
Colaboração passiva	E7	M	56	Reformado	12	II	sim	Sim.	Não	Sim	2	Não	4/5 anos	forte	pouco fidelizado
Colaboração passiva	E8	M	28	marketeer e treinador	6	I	Sim	não	Talvez	Não	4	Sim	1 ano e pouco	Muito elevado.	Pouco fidelizado
Colaboração passiva	E13	F	45	Desenhadora	1	I	sim	Sim	Não	Não	3	Não	menos de um ano	pretende manter-se	Pouco fidelizado
Colaboração passiva	E3	F	71	Reformada	24	I	sim	Nao	não	Não.	2	não	15 anos	Fraco.	Pouco fidelizado
Controlador Insular	E1	M	39	Designer grafico	7	I	sim	Não	não	Não.	4	não	1 ano e pouco	fraco	Pouco fidelizado

Impacto da cocriação na fidelização do paciente ao médico

Apêndices

Controlador insular	E9	M	64	gestor de uma cooperativa	20	II	sim	Não	Não	não	3	sim	menos de 1 ano	forte.	fidelizado (mais a instituição)
Gestor de equipa	E6	M	60	Reformado	20	I	Sim	sim	sim	Não	4	sim	2 anos	Muito Forte	Pouco Fidelizado(mais fidelizado a instituição)
Gestor de equipa	E10	M	32	Técnico eletrónico	28	II	sim	Não	Sim	Sim	3	sim	15 anos	Muito fidelizado	muito fidelizado
Gestor de equipa	E12	F	37	Empregada de refeitório	22	I	Sim	Não	Talvez	Sim	4 ou mais	sim	22 anos	Muito alto	Fidelizado (mais fidelizado a instituição)
Parceria	E4	F	52	Assistente tecnica	7	II	Sim	Não	sim	sim	12	sim	mais de 10 anos	Muito forte.	Muito fidelizado
Parceria	E5	F	45	Operadora de supermercado	6	I	Sim	Não	Sim	Não	4	sim	2 anos	Muito forte.	Muito fidelizado
Parceria	E15	F	27	Técnica de radiologia	19	I	Sim	Não	Sim	Sim	4	sim	9 anos	Bastante	Muito Fidelizado
Parceria	E16	F	23	Designer de Produtos	22	I	Sim	Não	Sim	Não	7/ 8	sim	9 anos	total.	Muito fidelizado

Apêndice E - Pedido de solicitação de recolhimento de dados



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Escola Nacional de Saúde Pública

Exm^o Senhor
Dr. Luís Gardete Correia
Presidente da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal
Rua do Salitre, N.º 118-120
1250-203 Lisboa Portugal

0380

Lisboa, 29 de Maio de 2013

2013-05-04

Assunto: **Pedido de colaboração a aluna do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde**

A nossa aluna do VII Curso de Mestrado em Gestão da Saúde (VII CMGS 2011/2013), **Mafalda Veiga e Moura** encontra-se neste momento em fase de realização do seu Trabalho de Projecto, que versará sobre o tema **“Impacto da co-criação na fidelização do doente diabético ao médico”**, sob a orientação do Professor Paulo K. Moreira, docente desta Escola.

A comunicação entre o médico e doente é fundamental para a prestação dos cuidados de saúde e a colaboração do paciente assume um elevado impacto no resultado final do serviço. O sector da saúde é assim o apropriado para atividades de co-criação, onde a troca de conhecimentos e capacidades entre os diversos agentes proporciona benefícios mútuos. Prahalad & Ramaswamy (2004) argumentam que, para o paciente, o que diferencia um médico/hospital da concorrência é a experiência de criar com o médico a modalidade de tratamento que tem em consideração a idiossincrasia de cada doente. O presente estudo pretende investigar a veracidade desta afirmação, ou seja, se os pacientes favoráveis à adesão de práticas de co-criação são também os mais propensos a um comportamento de fidelização. São vários os estudos que identificam a necessidade de investigar a relação entre co-criação e fidelização do consumidor, sendo que não se encontrou nenhum estudo que analisou a ligação entre estas duas variáveis no setor de saúde.

O presente trabalho de investigação adota a metodologia desenvolvida por McColl-kennedy et al. (2012) para identificar os perfis de cocriação de cada paciente. A propensão à fidelização é medida através da intensidade do relacionamento percebida com o médico, a regularidade do contacto com o médico e os fatores de fidelização que os entrevistados consideraram revelantes.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Para a recolha dos dados empíricos irá utilizar-se a técnica de abordagem qualitativa de entrevista aprofundada. As questões seleccionadas procuram fundamentalmente detetar as atividades de co-criação conduzidas pelos entrevistados na gestão da sua doença com o médico e outros profissionais de saúde, e as características do seu relacionamento com o médico regular.

Este estudo pretende ter como contributos a atualização e esclarecimento dos conceitos envolventes na temática da co-criação e da fidelização; compreender o interesse do doente em ter uma participação mais activa; propor um instrumento de avaliação da cocriação; testar as dimensões de análise da co-criação no sector da saúde; testar uma tabela de análise de cruzamento entre os perfis de co-criação e de fidelização e sugerir medidas de aplicação para uma co-criação na relação médico-doente que vise a fidelização do mesmo.

Deste modo, solicita-se a V. Exa, a colaboração para a recolha de dados através de entrevistas de profundidade aos membros da APDP. Serão necessários pelo menos 15 entrevistados, onde cada entrevista terá uma duração média de 15/20 minutos.

Na expectativa do bom acolhimento deste pedido, apresento os meus melhores cumprimentos,

O DIRECTOR



(João Pereira, Prof. Doutor)

Contactos da aluna:

Mafalda Veiga e Moura Tlm: 912650395 Email: Mafaldaveigamoura@gmail.com / ma.moura@ensp.unl.pt

Apêndice F- Aceitação de colaboração do Representante da APDP



*isto, comunicar-se
à aluna e orientador*
J.P.

Exmo. Senhor
Prof. Doutor João Pereira
Diretor
Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública
Avenida Padre Cruz
1600-560 Lisboa

Lisboa, 14 de Junho de 2013

N/Ofício Nº 441/2013

Assunto: Pedido de colaboração a aluna do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Exmo. Senhor Professor Doutor,

No seguimento de v/carta de 29 de Maio de 2013, referente ao v/pedido de colaboração para recolha de dados através de entrevistas de profundidade aos membros da APDP, integrado no projeto da aluna Mafalda Veiga e Moura, informo que aceito colaborar como Ponto-focal e Facilitador na APDP.

Com os melhores cumprimentos.


Dr. Luís Gardete Correia
Presidente da APDP

Instituição Particular de Solidariedade Social

Fundado em 13 de Maio de 1926 - Pessoa Colectiva nº 500 851 875
R. Salitre, 118-120 • 1250-203 Lisboa • Tel.: 351 21 381 61 00 • Fax: 351 21 385 93 71 • E-mail: diabetes@apdp.pt • www.apdp.pt

Apêndice G- Carta de Compromisso para a APDP



COMPROMISSO

a) "Dissertação - O Impacto da co-criação na fidelização do doente diabético ao médico"

b) Orientador/ Docente: Paulo K. Moreira; Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública/UNL;
Ponto-focal e Facilitador na APDP: Dr. Luís Gardete Correia

Tomei conhecimento detalhado do conteúdo dos documentos abaixo indicados e assumo o compromisso de diligenciar, por todos os meios, para que sejam salvaguardados os direitos dos doentes da APDP que participam neste trabalho académico, em conformidade com a legislação pertinente e normas internacionais.

1. Lei nº 46/2004, de 19 de Agosto;
2. Lei nº 67/98, de 26 de Outubro;
3. Decreto-Lei nº 97/95, de 10 de Maio;
4. Good epidemiological practice (GEP) de 2004;
5. Good epidemiological practice (GEP) de 2007;
6. Declaração de Helsínquia modificada em Edimburgo (Out.º 2000);
7. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects

Nome: MAFALDA AROSO RIBEIRO DA VEIGA E MOURA
(Em maiúsculas escrito pelo próprio)

Assinatura:

Telefone 912650395 Mail: ma.moura@ensp.unl.pt

Nome: _____ Assinatura: _____
(Em maiúsculas escrito pelo próprio)

Telefone _____ Mail: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

(Em maiúsculas escrito pelo próprio)

Telefone _____ Mail: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

(Em maiúsculas escrito pelo próprio)

Telefone _____ Mail: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

(Em maiúsculas escrito pelo próprio)

Telefone _____ Mail: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

(Em maiúsculas escrito pelo próprio)

Telefone _____ Mail: _____

- a) Nome completo do trabalho de investigação
b) Nome do docente e da instituição académica AA MM DD

Data: 2013 05 28